



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
MESTRADO EM EDUCAÇÃO FÍSICA

ATIVIDADE FÍSICA, AUTOAVALIAÇÃO NEGATIVA DE
SAÚDE E CONDUTAS DE RISCO EM ADOLESCENTES.

ALESSANDRA DE SOUSA MARTINS

ABRIL

2017

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
MESTRADO EM EDUCAÇÃO FÍSICA

ATIVIDADE FÍSICA, AUTOAVALIAÇÃO NEGATIVA DE
SAÚDE E CONDUTAS DE RISCO EM ADOLESCENTES.

ALESSANDRA DE SOUSA MARTINS

Dissertação apresentada ao Programa de
Pós-Graduação em Educação Física da
Universidade Federal de Sergipe como
requisito parcial para obtenção do grau
de Mestre em Educação Física

Orientador: Prof. Dr. Aldemir Smith Menezes

São Cristovão

2017

ALESSANDRA DE SOUSA MARTINS

ATIVIDADE FÍSICA, AUTOAVALIAÇÃO NEGATIVA DE
SAÚDE E CONDUTAS DE RISCO EM ADOLESCENTES.

Dissertação apresentada ao Núcleo de
Pós-Graduação em Educação Física da
Universidade Federal de Sergipe como
requisito parcial para obtenção do grau
de Mestre em Educação Física

Aprovada em ____/____/____

Orientador: Prof. Dr. Aldemir Smith Menezes

1º Examinador: Prof. Dr. Felipe Jose Aidar Martins

2º Examinador: Carlos Roberto Rodrigues Santos

**FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA BIBLIOTECA CENTRAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE**

M379a Martins, Alessandra de Souza
Atividade física, autoavaliação negativa de saúde e
condutas de risco em adolescente / Alessandra de Souza
Martins; orientador Aldemir Smith Menezes. – São Cristóvão,
2017.
69 f.: il.

Dissertação (Mestrado em Educação Física) – Universidade
Federal de Sergipe, 2017.

1. Exercícios Físicos - Adolescentes. 2. Autoavaliação –
Saúde. 3. Adolescentes. I. Menezes, Aldemir Smith, orient. II.
Título.

CDU: 796.012.6-053.6

Dedico esta conquista a Deus, ao meu pai (In memória), à minha mãe Ivonete, e à minha irmã Thaiza.

AGRADECIMENTOS

Ao autor e consumidor de minha fé: DEUS.

A minha mãe guerreira, incentivadora e apoiadora. Amo demais!

A minha irmã Thaiza que foi base para que eu chegasse até aqui. Obrigada, mana!

A amiga que se tornou irmã por me apoiar, pela força, por está presente em todos os momentos, Dêana Karla, muito obrigada amiga. Que Deus te abençoe sempre!

A amiga Taciana Agra que desde a graduação divide comigo alegrias e tristezas. Muito obrigada por fazer parte de minha vida, e pelo apoio e incentivo de sempre. Uma linda menina número 2.

Ao amigo Ewerton que, mesmo nas suas correrias, arruma um tempo pra me ajudar com minhas dúvidas, e contribuiu, de maneira significativa, para que eu chegasse até aqui.

Ao primo, e amigo, Radson Simplício, que me acolheu e ajudou em um momento muito difícil, me permitindo prosseguir na caminhada. Obrigada, primo lindo!

A Luzia Castelo Branco por me acolher, em sua casa, sempre de portas abertas, quando precisei estudar em São Paulo- SP, por me ajudar e incentivar. Obrigada, cunha!

A uma “mãe” que a vida me deu, que sempre cuida, apoia, incentiva, aconselha e acolhe em sua família linda, Severina Baracho, minha mãe pernambucana. Amo você. E dedico a você, e a toda sua família, essa minha conquista. Muito Obrigada!

As amigas que o mestrado me deu, Samara e Nathalie, pelos momentos de riso e de choro, pelo tempo de estudo, por dividir comigo as angustias e alegrias da pós-graduação, fazendo com que a jornada se tornasse um pouco mais leve. Muito obrigada, meninas.

A Marta Silva que sempre arrumava um tempinho, em meio a sua correria, para me ajudar com estatística, com trabalhos e, até mesmo, com a mudança. Obrigada, viu!

A querida amiga, Alissan Paixão, pela revisão do Português e pelo incentivo de sempre.

Ao professor Afrânio, por ter se tornado um amigo e apoiador. Muito obrigada, professor!

Ao professor, Roberto Jeronimo, por ter estado sempre disponível quando precisei, e aos demais professores que compõem a banca, Felipe Aidar e Silvan Silva, por suas contribuições.

Por fim, porém, não menos importante, ao orientador Aldemir Smith.

Apoio e financiamento: Fapitec (Fundação de Apoio à Pesquisa e Inovação Tecnológica do Estado de Sergipe).

NÃO SEI

Não sei se a vida é curta ou longa para nós,
mas sei que nada do que vivemos tem sentido,
se não tocarmos o coração das pessoas.

Muitas vezes basta ser: colo que acolhe,
braço que envolve, palavra que conforta,
silêncio que respeita, alegria que contagia,
lágrima que corre, olhar que acaricia,
desejo que sacia, amor que promove.

E isso não é coisa de outro mundo,
é o que dá sentido à vida.
É o que faz com que ela não seja nem curta,
nem longa demais, mas que seja intensa,
verdadeira, pura enquanto durar.

“Feliz aquele que transfere o que sabe e aprende o que ensina”.

Cora Coralina

RESUMO

Introdução: Durante a adolescência o indivíduo adquire comportamentos que podem influenciar sua saúde, como, por exemplo, a prática de atividade física, e algumas condutas de risco e autoavaliação da Saúde. **Objetivo:** verificar a associação entre atividade física e autoavaliação negativa da saúde, com condutas de risco à saúde em adolescentes. **Métodos:** Trata-se de uma pesquisa epidemiológica, de base escolar, com delineamento transversal. Realizada com estudantes, do Ensino Médio, da Rede Pública Estadual de Sergipe, com idade entre 14 e 19 anos. Foi aplicado um questionário autoadministrado. Para fins de análise, as alternativas foram categorizadas de forma dicotômica: a) Autoavaliação de saúde positiva (muito boa/ boa) e Autoavaliação de saúde negativa (regular/ruim); b) Você diria que: sou fisicamente ativo há > 6 meses; sou fisicamente ativo há < 6 meses; Não sou fisicamente ativo; Não sou, e não pretendo me tornar nos próximos 6 meses. A variável foi categorizada em: a) Ativo (0 a 6 meses ou mais); b) Não Ativo (Não sou, Não sou e não pretendo me tornar ativo nos próximos 6 meses). As variáveis de análise foram: Autoavaliação Negativa de Saúde (ANS) e Não ativo. As variáveis independentes, consideradas para o estudo, foram organizadas em dois domínios: a) Domínio Sociodemográfico (idade, sexo, cor da pele, território, ano de estudo do adolescente, escolaridade materna, renda familiar); b) Domínio Comportamental (uso de drogas, álcool, tabaco e hábito Alimentar: consumo de frutas, verdura, suco de frutas e refrigerante). Na análise da associação foi empregado o teste de Qui-quadrado, e na análise multivariável foi usada a regressão logística binária. **Resultado:** A prevalência da autoavaliação negativa de saúde foi maior entre adolescentes do sexo feminino (61,3%). A conduta de risco associou-se à adolescentes inativos (OR=0,63; IC95%0,55-0,73), hábito alimentar inadequado, consumo de fruta (OR= 0,67; IC95%0,53-0,85), consumo de verduras (OR= 0,66; IC95%0,51-0,86), consumo de frutas (OR=0,63; IC95%0,50-0,79), uso de tabaco (OR=0,92 IC95%0,80-1,07). A prevalência de adolescentes inativos foi de 44,7% que se associou a autoavaliação negativa de saúde (OR=0,63; IC95% 0,55-0,72), a hábito alimentar inadequado, consumo de suco de frutas (OR=1,42; IC95%1,14-1,76), consumo de frutas (OR=1,37; IC95%1,12-1,69). **Conclusões:** As evidências geradas pela pesquisa constitui um importante instrumento para subsidiar informações e monitorar a saúde dos escolares sergipanos dando sustentabilidade a implantação de programas voltados para a saúde de escolares, como o Programa Saúde na Escola.

Palavras-chave: Autoavaliação de Saúde. Adolescentes. Conduta de Risco.

ABSTRACT

Introduction: During the adolescence the individual acquires behaviors that can influence his health, such as the practice of Physical Activity and some conducts of risk associated with negative health self-assessment. **Objective:** to verify the association between physical activity and negative health self-assessment with risk behaviors Health in adolescents. **Methods:** This is an epidemiological school-based survey with a cross-sectional design. Fulfilled with students of the State Public High School of Sergipe aged between 14 and 19 years. A self-administered questionnaire was applied. The variables of analysis were: Negative Health Self-Assessment (ANS) and Non-active. The independent variables considered for the study were organized in two domains: a) Sociodemographic domain (age, sex, skin color, territory, year of study of the adolescent, maternal schooling, family income); B. Behavioral Domain (use of drugs, alcohol, tobacco and food habit: consumption of fruits, vegetables, fruit juice and soft drinks). In the analysis of the association was used the Chi-square test and in the multivariable analysis was used to binary logistic regression. **Results:** The prevalence of negative health self-assessment was higher among female adolescents (61.3%). Risk behavior was associated with inactive adolescents (OR=1,57; IC95% 1,37-1,80), inadequate eating habits, fruit intake (OR= 1,49; IC95% 1,28-1,74), vegetable consumption (OR= 1,27; IC95% 1,05-1,54), fruit consumption (OR=1,28; IC95% 1,10-1,49), tobacco use (OR=1,37 IC95% 1,14-1,64). The prevalence of inactive adolescents was 44.7%, which was associated with negative health self-assessment (OR=1,57; IC95% 1,37-1,80), to inadequate eating habits, fruit juice consumption (OR=1,42; IC95%1,14-1,76), fruit consumption (OR=1,37; IC95%1,12-1,69). **Conclusions:** The evidence criated by the research constitutes an important tool to subsidize information and monitor the health of Sergipe schoolchildren, giving sustainability to the implantation of programs directed to the health of schoolchildren, such as the Health in School Program.

Keywords: Health self-assessment. Adolescents. Risk Conduct.

SUMÁRIO

LISTA DE TABELAS	xii
LISTA DE ABREVIATURAS	xiii
1. INTRODUÇÃO	1
2. OBJETIVOS	3
2.1 Objetivo Geral	3
2.2 Objetivos Específicos	3
3. REVISÃO DE LITERATURA.....	4
3.1 ADOLESCÊNCIA E A PRÁTICA DE ATIVIDADE FÍSICA.....	4
3.2 CONDUTA DE RISCO EM ADOLESCENTES	5
3.3 AUTOAVALIAÇÃO DE SAÚDE EM ADOLESCENTES.....	6
4. MATERIAL E MÉTODOS.....	8
4.1 Caracterização do Estudo.....	8
4.2 Planejamento Amostral	8
4.2.1 População e Amostra.....	8
4.2.2 Seleção da Amostra.....	9
4.2.3 Aspectos Éticos.....	9
4.2.4 Critério de Inclusão.....	10
4.2.5 Critério de Exclusão.....	10
4.3 Instrumento de Coleta.....	10
4.4. Procedimentos do Estudo.....	12
4.5 Análise dos Dados.....	12
5. RESULTADOS.....	13
6. DISCUSSÃO.....	25
7. CONCLUSÃO.....	30
8. REFERÊNCIAS.....	32
ANEXO	45
APÊNDICE	46

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Características socioeconômicas dos adolescentes (n=3.992). Sergipe, Brasil, 2011.

Tabela 2 - Prevalência da autoavaliação negativa da saúde, segundo fatores socioeconômico de adolescentes. Sergipe, 2011.

Tabela 3 - Prevalência de adolescentes não ativos segundo conduta de risco a saúde de adolescentes. Sergipe, 2011.

Tabela 4 - Análise bruta e ajustada da autoavaliação negativa de saúde e conduta de risco em adolescentes. Sergipe, 2011.

Tabela 5 - Análise bruta e ajustada de adolescentes não ativos e conduta de risco em adolescentes. Sergipe, 2011.

LISTA DE ABREVIATURAS

AF – Atividade Física

ANS – Autoavaliação Negativa de Saúde

CEP – Comitê de Ética e Pesquisa

DR'Es - Diretorias Regionais de Educação

EF – Ensino Fundamental

EM – Ensino Médio

GEPEFis – Grupo de Pesquisa em Educação Física

GSHS - Global Student Health Survey

IC – Intervalo de Confiança

IFS - Instituto Federal de Sergipe

INEP - Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira

MEC – Ministério da Educação

OMS – Organização Mundial de Saúde

OR – Odds Ratio

SM – Salário Mínimo

SUS – Sistema Único de Saúde

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UFS – Universidade Federal de Sergipe

1. INTRODUÇÃO

Durante a adolescência, o indivíduo adquire comportamentos que podem influenciar sua saúde. Nessa fase estão sendo moldadas mudanças biológicas, psicológicas e sóciocomportamentais¹. As mudanças comportamentais nem sempre estão relacionadas a uma conduta saudável. Acompanhamentos longitudinais² tem sugerido que adolescentes, inativos fisicamente, apresentam maior predisposição a doenças cardiovasculares, ao tornarem-se adultos^{3, 4}.

Fatores que predisõem o surgimento e desenvolvimento de disfunções orgânicas, relacionadas à inatividade física, têm sido amplamente discutidos na literatura³, no entanto, a redução na prática de Atividade Física (AF), durante a adolescência, é bastante acentuada. Os benefícios da prática de atividade física, associada à saúde, têm sido bem reconhecidos, tanto na fase da juventude quanto na fase da idade adulta^{2,5}.

A autoavaliação da saúde é construída por meio de vários determinantes ao longo da vida, incorporando fatores biológicos, psicológicos e sociais, sendo considerado um indicador válido para fornecer informação sobre o atual estado de saúde⁶. Em adultos, a autoavaliação Negativa da Saúde (ANS) apresenta-se associada à mortalidade e a vários indicadores de morbidade⁷. Estudos mostram que a ANS encontra-se fortemente associada ao Infarto agudo do miocárdio⁸, a diabetes, a hipertensão arterial⁹ e ao acidente vascular cerebral¹⁰. Além disso, evidências apresentam relação entre ANS em jovens que não praticavam atividade física⁹ e em fumantes¹¹. A atividade física apresenta relação inversa com: a mortalidade em geral¹², alguns tipos de neoplasias^{13, 14}, diabetes^{15,16} e hipertensão arterial¹⁷.

Na adolescência a ANS se mostra associada à morbidade e mortalidade^{18, 19}, aspectos preocupantes para a saúde, haja vista, a possibilidade de se propagar para a vida adulta. Investigações apontam que cerca de 33% das doenças, e 60% das mortes prematuras entre adultos, estão associadas a comportamentos de risco adquiridos na adolescência^{20,21}. Um estudo realizado em países da Europa e da América do Norte²² mostrou que as diferenças na autoavaliação da saúde dos

adolescentes sofrem influências de fatores comportamentais, tais como: consumo de álcool⁷; inatividade física²³ e tabagismo¹⁹. No Brasil, alguns estudos mostraram a prevalência da ANS em adolescentes. Em João Pessoa-PB, verificou-se prevalência de 15,8%¹⁹, em Belo Horizonte- MG de 11,2%²⁴ e nas cidades de Recife- PE e Florianópolis – SC de 23,3%²⁵.

Informações sobre ANS podem identificar riscos, sociais e comportamentais, podendo comprometer a saúde nessa população, a compreensão de tais fatores podem ser utilizadas como ferramentas para elaboração de políticas públicas de saúde para adolescentes, porém, estudos relacionados a ANS, e fatores de risco associados em adolescentes, é um tema pouco abordado²⁶.

A inatividade física tem sido considerada fator de risco associada a morbidades como a obesidade²⁷, a hipertensão²⁸, a diabetes tipo 2²⁹ e até mesmo ao câncer³⁰, sendo que durante a adolescência ocorre um declínio na prática de AF³¹. Estudo observou que os benefícios para saúde, relacionado ao exercício, só foram evidentes ao longo da vida²⁷.

A relevância do estudo consiste na possibilidade de reconhecer os fatores de risco, e de proteção à saúde, dos adolescentes, possibilitando o planejamento integrado dos setores da saúde e da educação junto ao público alvo. A abordagem nas escolas tem como vantagem a facilidade de acesso a esta população. Diante do exposto, no sentido de subsidiar os achados disponíveis, buscou-se investigar, de que forma a prática de AF pode está associada com ANS e com condutas de risco a saúde dos adolescentes sergipanos. Este estudo objetiva verificar a associação da atividade física, e da autoavaliação negativa da saúde, com condutas de risco à saúde em adolescentes.

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Analisar a associação entre atividade física e autoavaliação negativa da saúde, com condutas de risco a saúde em adolescentes.

2.2 Objetivos Específicos

a) Investigar a prevalência de adolescentes não ativos com características socioeconômicas;

b) Identificar a prevalência da autoavaliação negativa da saúde e fatores socioeconômicos em adolescentes.

3. REVISÃO DE LITERATURA

3.1. ADOLESCÊNCIA E A PRÁTICA DE ATIVIDADE FÍSICA

A adolescência compreende um período de transição, da infância para a vida adulta, promovendo um grande desafio: lidar com as mudanças biopsicossociais¹. Este estágio da vida tornar-se ainda mais desafiador, devido ao contato com novos hábitos que podem ocorrer, colocando a saúde em risco, experiência com álcool e drogas por exemplo⁷. Algo que se torna preocupante, haja vista que os hábitos, adquiridos na adolescência, prolongam-se para idade adulta¹.

Estudos têm mostrado que a prática de AF está associada aos benefícios para a saúde do indivíduo^{28, 32}. Sendo considerada fator de proteção à saúde³³. Embora adolescentes ativos tenham maior probabilidade em manterem-se ativos ao longo da vida, infelizmente, a prática da AF declina drasticamente durante a adolescência³⁴. A prática regular de AF deveria ocupar lugar de destaque e ser prioridade para a saúde pública, visto que uma série de doenças que se revelam na idade adulta, parece ser fruto de condutas de risco adotadas na adolescência³. Dentre os principais fatores de risco para doenças crônico-degenerativas destacam-se a diabetes, a hipertensão, o tabagismo e a inatividade física; além das condutas comportamentais como o consumo de álcool, drogas ilícitas e dieta inadequada³⁵.

Pesquisas realizadas demonstraram a prevalência de doenças crônicas na população adulta, entre 22,3% e 43,9% (média de 32,5%)^{36,37}, a maioria em países de baixo e médio desenvolvimento econômico³⁸. As evidências também apontam que a prática regular de atividade física é indicada para a prevenção, porém para o tratamento recomenda-se o exercício diário supervisionado³⁹. As estimativas revelam que 3,2 milhões de pessoas morrem a cada ano devido à inatividade física⁴⁰. Indivíduos insuficientemente ativos têm de 20% a 30% de aumento no risco de todas as causas de mortalidade⁴¹. AF diminui o risco de doenças circulatórias, inclusive hipertensão⁴².

A Organização Mundial de Saúde (OMS) divulgou uma estimativa mundial de 6,4% de adultos (de 20 a 79 anos) com diabetes, afetando 285 milhões de adultos, em 2010. A expectativa é que esse número aumentará para 7,7% e 439 milhões de adultos até 2030 ⁴². Estudos tem observado que a prática de AF está associada a riscos reduzidos de diabetes tipo 2²⁹.

Consequentemente, a atividade física^{35, 43,44} e a autoavaliação da saúde^{1, 45,46} na adolescência, tem sido estudada como forma de entender a conduta de risco a saúde dos adolescentes, com o objetivo de investir em políticas públicas de prevenção a doenças crônicas, estimulando um estilo de vida saudável na idade adulta, contribuindo para redução de custos para saúde pública.

3.2. CONDUTA DE RISCO EM ADOLESCENTES

Alguns fatores contribuem para a deterioração da saúde ainda na adolescência. Avalia-se que o uso de tabaco corresponde a aproximadamente, 70% dos cânceres de pulmão, 42% das doenças respiratórias crônicas e cerca de 10% das doenças do aparelho circulatório³⁶. No Brasil, estudos sobre as doenças relacionadas ao consumo de tabaco corresponde a cerca de 13% das mortes, causando custos elevados ao Sistema Único de Saúde (SUS) ⁴⁷.

O consumo abusivo de álcool, em idade precoce é um forte indício de uso na vida adulta^{48, 49}. Tornando-se um desafio para a saúde pública⁴⁸. Pesquisas têm apontado que o uso de álcool entre os jovens é socialmente aceitável e estimulado ^{47, 49, 50}, apesar dos problemas de saúde associados ao consumo abusivo de álcool⁵¹, a atividade física tem sido associada ao consumo de álcool entre os jovens^{7, 52, 53}. Fazem-se necessárias, pesquisas que possam explicar melhor tal associação de risco à saúde dos adolescentes.

Devido ao crescente consumo de drogas entre escolares, estudos^{54, 55,56} têm sido desenvolvidos com o objetivo de investigar a contribuição da prática de AF como forma de prevenção ao uso de entorpecentes⁴⁷. Vários autores salientam que a prevalência do consumo de substâncias psicotrópicas foi até duas ou três vezes menor entre adolescentes praticante de AF ^{48, 49}. Parece haver

diferenças substantivas entre o exercício e a participação desportiva em relação ao consumo de substâncias feito pelos adolescentes⁵⁴. Esses achados sugerem intervenções com o intuito de avaliar se a prática de AF ajuda a atrasar ou reduzir o uso de substâncias entre jovens escolares.

Além disso, outra conduta de risco que pode influenciar, de maneira negativa na vida dos jovens, são hábitos alimentares inadequados, há cada vez mais evidências de que hábitos alimentares saudáveis, em combinação com a prática de AF regular, ajudam a manter e melhorar a saúde, sendo essa combinação de um padrão de crescimento saudável^{47,48}. No entanto, existe uma tendência de comportamento nutricional desfavorável entre os adolescentes⁴³, essas dietas são baseadas em produtos de alto teor calórico, com baixos valores nutricionais^{57, 58,59}. Esse padrão tem sido associado a risco de obesidade⁶⁰ na adolescência, o que se torna preocupante, visto que as condutas desenvolvidas, ainda na adolescência, tornam-se geralmente hábitos na vida adulta, como já foi mencionado anteriormente.

3.3 AUTOAVALIAÇÃO DE SAÚDE EM ADOLESCENTES

As percepções dos adolescentes sobre sua saúde estão associadas com o sentido geral de funcionamento, que estão ligados aos comportamentos de saúde e fatores associados. O monitoramento da saúde dos adolescentes tem se tornado uma tendência, devido às transições e experiências ocorridas nesta fase da vida, podendo proceder em riscos presentes, e futuros, à saúde⁶¹. Pesquisas têm sido incentivadas com objetivo de despertar interesse para o investimento em políticas públicas de prevenção para adolescentes⁶². É uma maneira de organizar, no tempo, os conhecimentos quantitativos, compreendendo as variações ocorridas e indicadores do processo saúde-doença nessa população para promover ações de prevenção⁶³. Um preditor importante que vem sendo utilizado nas pesquisas epidemiológicas tem sido a autoavaliação da saúde^{20, 45} em adolescentes.

Com base em análises longitudinais em adolescentes^{20, 46}, tem sido demonstrado que a autoavaliação de saúde é um preditivo de morbidades, como:

diabetes⁶⁴, hipertensão¹⁷, infarto¹¹ e de mortalidade^{65, 66}. Os principais responsáveis pelo comportamento de risco relacionado com as morbidades, em adolescentes, estão associados a condutas de risco, como, o tabaco⁶⁷, a alimentação inadequada^{68, 69}, a inatividade física³⁵ e o consumo de álcool³².

Além dos comportamentos físicos de saúde, fatores sociais também podem influenciar na saúde dos adolescentes, como: sexo, escolaridade, renda características psicossociais²⁴. Dados epidemiológicos indicam que níveis mais baixos de escolaridade, menor renda, fumantes, inatividade física, estão associados a escores de autoavaliação negativa do estado de saúde^{24, 70}. As informações sobre autoavaliação da saúde contribuem na identificação de fatores de riscos, sociais e comportamentais, podendo comprometer a saúde nessa população. A compreensão de tais fatores pode ser utilizada como ferramenta para elaboração de políticas públicas de saúde para adolescentes²⁶.

A epidemiologia permite acompanhar cenários de distribuição de doenças, na população, e os fatores capazes de modificar essa distribuição para melhor ou pior, e na diminuição da carga de doenças da população dependendo da efetividade desses esforços⁶³. Com intuito de orientar políticas públicas, a OMS tem apoiado pesquisas em vários países, no monitoramento da saúde do adolescente⁷¹.

Com base nesse contexto, a relevância do estudo consiste no entendimento da relação entre Atividade Física, a Percepção Negativa da Saúde e os Fatores Associados, e, assim, produzir dados que poderão auxiliar em estratégias de Saúde Pública para adolescentes. Este estudo objetiva verificar a associação da atividade física e da percepção negativa da saúde com condutas de riscos à saúde dos adolescentes.

4. METODOLOGIA

4.1 CARACTERIZAÇÃO DO ESTUDO

Trata-se de uma pesquisa epidemiológica, de base escolar, com delineamento transversal. O estudo é uma análise de dados secundária, que faz parte do Projeto “Condutas de Risco à Saúde em Escolares de Sergipe, Brasil”, desenvolvido pelo Grupo de Pesquisa em Educação Física e Saúde (GPEFiS/IFS), o Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Sergipe.

4.2 PLANEJAMENTO AMOSTRAL

4.2.1 População e Amostra:

A população do estudo foi composta por estudantes entre 14 a 19 anos de idade. A escolha da faixa etária escolhida para participação foi baseada no Estágio de Utilização Permanente de Gallahue⁷³ que começa por volta dos 14 anos e continua por toda a vida adulta, representa o auge do processo de desenvolvimento motor de todos os estágios e fases precedentes. Caracterizadas pelo uso de movimentos adquiridos pelo indivíduo por toda a vida e aplicados nas atividades cotidianas e esportivas. A população do estudo foi adolescente da Rede Estadual de Ensino. De acordo com dados disponíveis na Secretária de Estado da Educação (2010), a matrícula do ensino médio, realizada em 2010, foi de 58.301 alunos em toda a Rede Estadual de Ensino, distribuídos em 155 unidades de ensino. Para seleção da amostra foram selecionadas turmas, de acordo com o ano de estudo e o turno de estudo (Diurno = Matutino + vespertino; Noturno), mediante a utilização do processo aleatório simples, considerando uma média de 25 alunos por turma. Por se tratar de um processo amostral por conglomerado, multiplicou-se o tamanho amostral por 1,5 em função da correção do efeito do desenho ($deff=1,5$), estimando a necessidade de estudantes, para cada território (StatCalc. Epiinfo). O cálculo resultou em uma amostra mínima de 3875 adolescentes para todo o Estado.

4.2.1 Seleção da Amostra:

Para seleção da amostra foi considerado processo de amostragem estratificado proporcional, em dois estágios: 1) Foi realizado o processo de amostragem estratificada proporcional ao território e porte da escola (1 = até 199 alunos; 2 = 200-499 alunos; 3 = 500+ alunos), segundo critério do Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (INEP)⁷². Desse modo, todos os territórios foram contemplados, representativamente, com os três portes dos colégios. Foi estabelecido, como critério, o sorteio de 25% das Unidades de Ensino do Estado, totalizando 39 colégios distribuídos em 27 municípios; 2) Foram selecionadas as turmas, de acordo com o ano, e o turno, de estudo (Diurno = Matutino + vespertino; Noturno), mediante a utilização do processo aleatório simples, considerando uma média de 25 alunos por turma.

4.2.2 Aspectos Éticos

Para a realização da pesquisa vários documentos de autorização foram assinados:

- a) Autorização do Secretário do Estado de Educação;
- b) Consentimento dos diretores das Diretorias Regionais de Educação (DRE's);
- c) Consentimento dos diretores das Unidades de Ensino;
- d) Uso do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido Negativo para os pais dos estudantes;
- e) Assinatura do Termo de Assentimento pelos estudantes. De acordo com as orientações da Resolução 466/12/ e Declaração de Helsinque 1964-2013. Resolução nº 510/2016 CNS/MS – Normas Aplicáveis a Pesquisas em Ciências Humanas e Sociais.

Além dessa documentação, o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do Hospital Universitário da Universidade Federal

de Sergipe (CEP/UFS), com o número do protocolo Nº CAAE – 2006.0.000.107-10.

4.2.3 Critérios de Inclusão

A participação dos adolescentes na pesquisa foi voluntária. Foram utilizados os seguintes critérios inclusão: estar regularmente matriculado nas turmas de 1º ao 3º ano do Ensino Médio das escolas selecionadas; estar presente no momento da aplicação do instrumento; preencher adequadamente o questionário distribuído; ter idade entre 14 e 19 anos. Os diretores das escolas também assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido autorizando a participação das instituições na pesquisa.

4.2.4 Critérios de Exclusão

- a) Não preencher questões importantes, como sexo e idade;
- b) Não autorização dos pais ou responsáveis.

4.3 INSTRUMENTO DE COLETA

O instrumento utilizado foi baseado na metodologia já existente em outros estudos.^{74,75,76,77,78,79.} Um questionário autoadministrado com 131 questões, dividido em duas seções (condições de vida e condutas de saúde). Conforme quadro 1 e 2.

Quadro 1. Variáveis dependentes analisadas no estudo.

Variável Dependente	Questão objetiva - GSHS	Categorização
Atividade Física	Você diria que:	Prática AF de 0 a 6 meses ou mais = Ativo . Não sou e não pretendo me tornar ativo nos próximos 6 meses = Não Ativo
Autoavaliação de Saúde	Em geral, você considera sua saúde geral:	Ruim e Regular = Autoavaliação negativa de saúde . Boa e Excelente = Autoavaliação Positiva de Saúde

As variáveis independentes consideradas para o estudo foram organizadas em dois domínios: a) Variáveis sociodemográficas (idade, sexo, cor da pele, território, ano escolar do adolescente, escolaridade materna, renda familiar); b. Variáveis comportamentais (uso de drogas, álcool, tabaco e hábito Alimentar: consumo de frutas, suco de frutas e refrigerantes).

Quadro 2. Variáveis independentes analisadas no estudo.

Variável Independente	Questão objetiva - GSHS	Categorização
Consumo de suco de frutas	Durante os últimos 30 dias, quantas vezes por dia você tomou suco natural de frutas?	Adequado = < 2 vezes/dia Inadequado = > 2 vezes/dia
Consumo de verduras	Durante os últimos 30 dias, quantas vezes por dia, você comeu verduras?	Adequado = < 2 vezes/dia Inadequado = > 2 vezes/dia
Consumo de frutas	Durante os últimos 30 dias, quantas vezes por dia você comeu frutas?	Adequado = < 2 vezes/dia Inadequado = > 2 vezes/dia
Consumo de refrigerantes	Durante os últimos 30 dias, quantas vezes por dia você bebeu refrigerantes ou outras bebidas artificiais?	Não exposto = não bebeu / < 1 vez/dia Exposto = ≥ 1 vez ao dia
Consumo de álcool	Nos últimos 30 dias, em quantos dias você consumiu pelo menos uma dose de bebida contendo álcool?	Não exposto = nunca bebeu / nenhum dia Exposto = ≥ 1 vez/dia
Tabagismo	Durante os últimos 30 dias, em quantos dias você fumou cigarros?	Não exposto = nenhum dia Exposto = ≥ 1 vez/dia
Uso de drogas	Nos últimos 30 dias, em quantos dias você usou drogas?	Não Usa = 0 dia (Não usei drogas) Usa = 1 a 29 dias.

O uso de cigarros, drogas e álcool foi considerado para aqueles que relataram qualquer consumo dessas substâncias nos últimos 30 dias; o consumo de refrigerantes foi considerado quando relatado consumo de uma ou mais vezes por dia; Para o consumo de frutas, suco de frutas e verduras, foi considerado adequado duas ou mais porções de verduras, frutas e suco de frutas por dia^{78, 79}.

4.4 PROCEDIMENTOS DO ESTUDO

Após autorização do Secretário do Estado de Educação, os diretores das Diretorias Regionais de Educação (DR'Es) também autorizaram a pesquisa nas escolas. Os diretores das escolas assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) autorizando a participação das instituições na pesquisa. A escola selecionada recebeu um dos professores envolvidos na pesquisa, que entregou os termos aos alunos menores de idade para ser entregue aos pais e/ou responsável. Aquele adolescente cujos pais, ou responsáveis, não autorizassem a participação do menor na pesquisa, entregaria o termo assinado e ficaria de fora da coleta de dados. Na semana seguinte professores treinados realizavam a coleta de dados nas turmas selecionadas anteriormente. A participação dos adolescentes na pesquisa foi voluntária. Cada adolescente recebeu um termo de consentimento e o questionário autoadministrado, que começava a ser preenchido depois da explicação do professor. Além disso, o adolescente contava com auxílio dos professores no surgimento de qualquer dúvida.

4.5 ANÁLISE DE DADOS

A análise dos dados se deu por meio de procedimentos descritivos e inferenciais. Na análise da associação foi empregado o teste de Qui-quadrado para heterogeneidade e, quando pertinente, para tendência linear. Na análise multivariável foi usada regressão logística binária para os desfechos do estudo adolescentes não ativos e autoavaliação negativa de saúde. As variáveis que obtiveram o $p\text{-valor} \leq 0,20$ na análise bruta foram mantidas no modelo ajustado. O nível de significância adotado foi de 5%. As análises foram realizadas através do software SPSS versão 20.

5. RESULTADOS

Tabela 1. Caracterização socioeconômica da amostra. Sergipe, Brasil, 2011.

Variáveis	Categorias	n	% (IC 95%)
Sexo			
	Masculino	1544	38,7 (37,2-40,2)
	Feminino	2448	61,3 (59,8-62,8)
Faixa Etária			
	14-15	729	18,3 (17,1-19,5)
	16-17	2069	51,8 (50,3-53,4)
	18-19	1194	29,9 (28,5-31,3)
Cor da Pele			
	Branca	846	21,2 (18,4-23,9)
	Não Branca	3146	78,8 (77,3-80,2)
Ano de Estudo do Aluno			
	1 ^o ano	1650	41,3 (39,8-42,8)
	2 ^o ano	1343	33,6 (32,2-35,2)
	3 ^o ano	999	25,0 (23,7-26,3)
Local de domicílio			
	Área Urbana	2466	61,8 (60,3-63,3)
	Área Rural	1526	38,2 (36,7-39,7)
Escolaridade da Mãe			
	Não estudou	456	11,4 (10,4-12,4)
	EF ¹ incompleto	2019	50,6 (49,1-52,2)
	EF ¹ completo	403	10,1 (9,2-11,0)
	EM ² completo	601	15,0 (13,9-16,1)
	Superior completo	295	7,4 (6,6-8,2)
Renda Familiar (SM)³			
	< 1 SM ³	1283	32,1 (30,7-33,6)
	1 - 2 SM ³	1554	38,9 (37,4-40,4)
	> 2 SM ³	1068	26,8 (25,4-28,2)

IC = Intervalo de Confiança; ¹EF = Ensino Fundamental; ²EM = Ensino Médio; ³SM = Salário Mínimo.

A coleta dos dados foi realizada com 4.717 adolescentes, sendo 725 excluídos por não preencherem questões importantes, como sexo, idade e por ter idade superior a 19 anos. A amostra final totalizou 3.992 estudantes (61,3% do sexo feminino). Os principais achados deste estudo foram: 1) alta prevalência entre ANS ao sexo feminino; 2) associação entre ANS a adolescentes inativos e hábito alimentar inadequado.

A Tabela 1 apresenta a caracterização socioeconômica do estudo. Verificou-se maior prevalência de adolescentes na faixa etária entre 16 e 17 anos, não brancos, cursavam o primeiro ano do ensino médio, residia na área urbana, a mãe possuía o ensino fundamental incompleto e com renda familiar mensal entre 1 e 2 salários mínimos.

Tabela 2. Prevalência da autoavaliação negativa da saúde, segundo fatores socioeconômico em adolescentes. Sergipe, 2011.

Variáveis	Categorias	n	% (IC 95%)	p-valor
Sexo				
	Masculino	371	30,1 (25,4-34,7)	< 0,001
	Feminino	860	69,9 (66,8-72,9)	
Faixa Etária				
	14-15	191	15,5 (10,3-20,6)	< 0,001
	16-17	630	51,2 (47,3-55,1)	
	18-19	410	33,3 (28,7-37,8)	
Cor da Pele				
	Branca	243	19,7 (14,7-24,7)	0,072
	Não Branca	988	80,3 (77,8-82,7)	
Ano de Estudo do Aluno				
	1 ^o ano	497	40,4 (36,0-44,7)	0,147
	2 ^o ano	404	32,8 (28,22-37,3)	
	3 ^o ano	303	26,8 (21,8-31,7)	
Local de domicílio				
	Área Urbana	736	59,8 (56,26-63,3)	0,046
	Área Rural	495	40,2 (35,8-44,5)	
Escolaridade da Mãe				
	Não estudou	176	14,3 (9,1-19,4)	<0,001
	EF ¹ incompleto	622	50,5 (46,5-54,4)	
	EF ¹ completo	122	9,9 (4,6-15,2)	
	EM ² completo	154	12,5 (7,2-17,7)	
	Superior completo	85	6,9 (1,5-12,2)	
Renda Familiar (SM) ³				
	< 1 SM ³	443	36,0 (31,5-40,4)	<0,001
	1 - 2 SM ³	482	39,2 (34,8-43,5)	
	> 2 SM ³	279	22,7 (17,7-27,6)	

¹EF = Ensino Fundamental; ²EM = Ensino Médio; ³SM = Salário Mínimo.

Na tabela 2 estão descritos os resultados da prevalência entre ANS e fatores socioeconômicos em adolescentes sergipanos. Para análise da

prevalência entre ANS, segundo fatores socioeconômicos em adolescentes, foi utilizado o teste de Qui-quadrado.

Em função da população alvo da pesquisa, considera-se que a prevalência da ANS foi elevada, principalmente entre adolescentes do sexo feminino (69,9%). Adolescentes com idade entre 16-17 anos (51,2%), cuja mãe tinha menor grau de escolaridade (50,5%), residia na área urbana (59,8%) e que declararam ter renda familiar de até 2 salários mínimos (39,2%), eram mais propensos a referir sua saúde de forma negativa.

Tabela 3. Prevalência de adolescentes *Não Ativos, segundo condição socioeconômica. Sergipe, 2011.

Variáveis	Categorias	n	% (IC 95%)	p-valor
Sexo				
	Masculino	909	51,0 (47,7-54,2)	< 0,001
	Feminino	875	49,0 (45,6-52,3)	
Faixa Etária				
	14-15	315	17,7 (13,4-21,9)	0,415
	16-17	918	51,5 (48,2-54,7)	
	18-19	551	30,9 (27,0-34,7)	
Cor da Pele				
	Branca	367	20,6 (16,4-24,7)	0,205
	Não Branca	1417	79,4 (77,2-81,5)	
Ano de Estudo do Aluno				
	1 ^o ano	751	42,1 (38,5-45,6)	0,295
	2 ^o ano	577	32,3 (28,4-36,1)	
	3 ^o ano	456	25,6 (21,5-29,6)	
Local de domicílio				
	Área Urbana	1145	64,2 (61,4-66,9)	0,005
	Área Rural	639	35,8 (32,0-39,5)	
Escolaridade da Mãe				
	Não estudou	195	10,9 (6,5-15,2)	0,003
	EF ¹ incompleto	850	47,6 (44,2-50,9)	
	EF ¹ completo	194	10,9 (6,5-15,2)	
	EM ² completo	302	16,9 (12,6-21,1)	
	Superior completo	146	8,2 (3,7-12,6)	
Renda Familiar em SM ³				
	< 1 SM ³	536	30,0 (26,1-33,8)	<0,001
	1 - 2 SM ³	684	38,0 (34,3-41,6)	
	> 2 SM ³	526	29,5 (25,6-33,4)	

¹EF = Ensino Fundamental; ²EM = Ensino Médio; ³SM = Salário Mínimo. *adolescentes que não praticavam e não pretendiam praticar AF nos próximos 6 meses.

A tabela 3 apresenta a prevalência de adolescentes não ativos de acordo com fatores socioeconômicos. Observou-se maior proporção de adolescentes, não ativos, no sexo masculino (51,0%), na faixa etária entre 16-17 anos (51,5%), que se declararam não brancos (79,4%), no 1º ano do ensino médio (42,1%), os que residiam na área urbana (64,2%), cuja mãe possuía o ensino fundamental incompleto 47,6% e que relataram renda familiar de até dois salários mínimos (38,0%).

Tabela 4. Análise bruta e ajustada entre ANS, de acordo com condutas de risco à saúde em adolescentes. Sergipe, Brasil, 2011.

Variáveis	Categorias	OR Bruta IC 95%	p-valor	OR Ajustada* IC 95%	p-valor
Consumo de Alcool					
	Não Exposto	1	<0,316		
	Exposto	0,92 (0,80-1,07)			
Tabagismo					
	Não Exposto	1	<0,001	1	<0,001
	Exposto	1,37 (1,14-1,64)		1,46 (1,21-1,76)	
Uso de Drogas					
	Não Usa	1	<0,094	1	<0,080
	Usa	1,27 (0,96-1,68)		1,29 (0,97-1,71)	
Atividade Física					
	Ativo	1	<0,001	1	<0,001
	Não Ativo	1,57 (1,37-1,80)		1,56 (1,35-1,79)	
Consumo de Suco de fruta					
	<2 vezes/dia	1	<0,001	1	0,001
	>2 vezes/dia	1,49 (1,28-1,74)		1,41 (1,20-1,79)	

Consumo de Verduras					
< 2 vezes/dia	1	0,011	1	<0,149	
>2 vezes/dia	1,27 (1,05-1,54)		1,15 (0,94-1,41)		
Consumo de Frutas					
<2 vezes/dia	1	<0,001	1	<0,144	
>2 vezes/dia	1,28 (1,10-1,49)		1,12 (0,95-1,32)		
Consumo de Refrigerante					
0 vez/dia	1	<0,083	1	0,072	
≤1 vez/dia	1,12 (0,98-1,29)		0,88 (0,76-1,01)		

* Ajustado para as variáveis: Sexo, cor da pele, local de domicílio, nível de escolaridade da mãe, renda familiar.

A tabela 4 apresenta as análises brutas e ajustadas entre ANS e condutas de risco à saúde. Salienta-se a utilização da análise bruta e ajustada. As variáveis que obtiveram o $p\text{-valor} \leq 0,20$ na análise bruta foram mantidas no modelo ajustado. As condutas de risco, consideradas no presente estudo, foram de risco comportamental como: consumo abusivo de álcool, uso de drogas, consumo de tabaco, hábito alimentar inadequado (consumo de frutas, verduras e suco de frutas) considerado inadequado quando consumido > de duas vezes dia e consumo de refrigerante, tido como inadequado quando consumido 1 ou mais vezes ao dia.

Na análise bruta, as variáveis que se associaram de forma significativa com ANS foram: tabagismo (OR 1,37 IC 95%: 1,14-1,64), adolescentes não ativos (OR 1,57; IC 95%: 1,37-1,80), hábito alimentar inadequado, como, consumo de suco de frutas (OR 1,49; IC 95%: 1,28-1,74), verduras (OR 1,27; IC 95%: 1,05-1,54) e frutas (OR 1,28; IC 95%: 1,10-1,49).

Após ajuste, verificou-se que as mesmas variáveis permaneceram associadas ao desfecho ANS. Fumantes (1,46 IC95% 1,21-1,76) quando comparado aos seus pares não usuários. Adolescentes não ativos (1,56 IC 95% 1,35-1,79) apresentaram maior possibilidade de ANS em relação aos Ativos. Jovens com baixo consumo de suco de frutas (1,41 IC95% 1,20-1,79), verduras (1,15 IC95% 0,94-1,41) e frutas (1,12 IC95% 0,95-1,32) mostraram maior predisposição ANS.

Tabela 5. Análise bruta e ajustada de adolescentes *Não Ativos e conduta de risco em adolescentes. Sergipe, Brasil, 2011.

Variáveis	Categorias	OR Bruta	p-valor	OR Ajustada	p-valor
		IC 95%		IC 95%	
Consumo de Álcool					
	Não Exposto	1	0,330		
	Exposto	0,93 (0,82-1,06)			
Tabagismo					
	Não Exposto	1	0,478		
	Exposto	1,06 (0,89-1,27)			
Uso de Drogas					
	Não Exposto	1	0,248		
	Exposto	1,17 (0,89-1,53)			
Autoavaliação de Saúde					
	Positiva	1	<0,001	1	<0,001
	Negativa	1,57 (1,37-1,80) 1,56 (1,36-1,79)			
Consumo de Suco de fruta					
	<2vez/dia	1	<0,001	1	0,001
	> 2vez/dia	1,42 (1,14-1,76) 1,39 (1,11-1,74)			

Consumo de Verdura				
< 2vez/dia	1	0,684		
>2/vez/dia	1,04 (0,83-1,31)			
Consumo de Fruta				
<2vez/dia	1	0,002	1	0,002
> 2/vez/dia	1,37 (1,12-1,69)		1,41 (1,14-1,75)	
Consumo de Refrigerante				
0 vez/dia	1			
≤ 1 vez/dia	1,04 (0,92-1,18)	<0,484		

* Não ativos = adolescentes que não praticou atividade física nos últimos 6 meses.

A tabela 5 apresenta as análises brutas e ajustadas de adolescentes não ativos em relação a comportamentos de risco à saúde. Salienta-se a utilização da análise bruta e ajustada. As variáveis que obtiveram o *p-valor* $\leq 0,20$ na análise bruta foram mantidas no modelo ajustado.

Os adolescentes não ativos associaram-se ao tabagismo (1,06 IC95% 0,89-1,27), porém não sendo um resultado significativo para o desfecho do estudo. O desfecho se associou ainda à ANS (1,57 IC95% 1,37-1,80), ao consumo de suco de frutas (1,42 IC95% 1,14-1,76) e ao consumo de frutas (1,37 IC95% 1,12-1,69). Após ajuste, não ativo se associou ANS (1,56 IC95% 1,36-1,79), consumo de suco de frutas (1,39 IC95% 1,11-1,74) e consumo de frutas (1,41 IC95% 1,14-1,55).

6. DISCUSSÃO

A prevalência ANS nos adolescentes do Estado de Sergipe foi de 25,8%, similar ao encontrado na cidade de Santa Maria-RS¹¹ (25,7%), superior ao encontrado em adolescentes de Santa Catarina- SC⁸⁰ (14,4%), em João Pessoa-PB¹⁹ (15,8%), nos EUA⁸¹ (4,20%) e inferior ao encontrado em adolescentes no Paquistão¹ (29%) e na Coreia Sul²³ (69,2%).

Estudos da ANS têm mostrado que a prevalência entre adolescentes do sexo feminino tem sido mais frequente que no sexo masculino^{23, 78}, uma provável explicação se dá ao fato das meninas serem mais sensíveis às mudanças fisiológicas e psicológicas¹¹, outra possibilidade seria o fato que as meninas procuram por consultas médicas mais que os meninos, além de serem mais informadas^{11,19}.

ANS foi mais frequente entre adolescentes com faixa etária entre 16-17 anos (69,9%), outros estudos encontraram maior prevalência da ANS entre adolescentes mais velhos^{66, 82}, embora não exista uma explicação plausível, supõe-se que seja devido a uma visão de saúde mais crítica, que vai além da ausência de doença.

De acordo com a Pesquisa Nacional de Saúde da População (ENSP), da estatística canadense, 11% descreveram sua saúde de maneira negativa (pobre). Em idades mais antigas a prevalência de saúde muito boa / excelente diminuiu. As pessoas mais velhas relataram, mais frequentemente, sua saúde como pobres e muito pobres em comparação com os menores de 25 anos, devido à presença de doenças crônicas e condições físicas que são, significativamente, mais prevalentes entre os indivíduos mais velhos^{83,84}.

A relação entre nível socioeconômico, avaliado através de anos de estudos da mãe⁸³ e renda familiar^{7, 46} relacionado à ANS descrito neste estudo também foram apresentados em outros estudos. Dados epidemiológicos indicam que adolescentes pertencentes a famílias de menor renda apresentam maior probabilidades de autopercepção negativa de saúde^{80,84}. Por outro lado, as pessoas com um status socioeconômico mais elevado apresentam melhores condições de saúde do que aquelas com níveis socioeconômicos mais baixos⁸⁵.

Sabe-se que a renda representa um componente determinante no maior acesso a outras formas de atividades de lazer, educação, moradia e serviços de saúde⁸⁰.

O presente estudo identificou maior prevalência de adolescentes não ativos no sexo masculino (51,0%) em relação ao sexo feminino, diferente ao encontrado em adolescentes de São Paulo-SP^{86,87} (78,2%) e de Pernambuco-PE⁸⁸ (71,7%) onde a prevalência de adolescentes não ativos encontra-se maior no sexo feminino em comparação ao masculino. Em um estudo realizado com 230 escolares da 7ª e 9ª séries, no noroeste da África do Sul^{89, 90} os resultados indicaram que os meninos são fisicamente mais ativos que as meninas.

Apesar de o presente estudo ter identificado maior prevalência de adolescentes, não ativos, no sexo masculino em comparação ao sexo feminino, estudos tem encontrado tendência contrária^{91, 92} onde as meninas são mais inativas do que os meninos. Uma possível explicação atribuída, seja o fato de culturalmente as meninas serem orientadas, desde a idade inicial, a se envolver com atividades mais leves, justificadas pela fragilidade e delicadeza do corpo. Por sua vez, os meninos são estimulados a participar de atividades físicas vigorosas, justificadas pela percepção de que eles apresentam corpos fortes e pela imagem de maior virilidade e coragem¹⁹.

Foi observado ainda maior prevalência de adolescentes não ativos que reside em área urbana, similar ao encontrado em adolescentes do sul da África⁹³ e em contraste ao encontrado⁹⁰ em adolescentes de Taiwan. No Brasil, um estudo realizado em Pernambuco, com adolescentes, encontrou maior prevalência de estudantes não ativos residentes em área rural que em área urbana⁸⁸. Esse resultado pode estar associado ao fato de que a diferença entre as áreas rurais e urbanas está diminuindo, devido às facilidades que estavam disponíveis nas áreas urbanas e agora estão sendo fornecidas nas áreas rurais, em termos de ginásio, transporte e conectividade com outras cidades⁹³.

Também foi observado uma maior prevalência de adolescentes inativos entre os que relataram renda familiar de até 2 salários mínimos e cuja mãe possuía ensino fundamental incompleto. Estudos realizados em Maringá - PR⁸⁷ e

João Pessoa¹⁹ mostraram que adolescentes que pertenciam a famílias de menor nível socioeconômico apresentavam maior prevalência de inatividade física.

Tem sido crescente a proporção de adolescentes não ativos, o que tem levado a considerar a promoção da atividade física na adolescência uma prioridade em saúde pública. A inatividade física está entre os quatro principais fatores de risco para mortalidade global, sendo superada pela pressão arterial elevada, tabagismo e glicose sanguínea elevada⁹⁴.

Estudo com 1.134 escolares, com idades entre 14-19 anos, da cidade de Santa Maria-RS, Brasil¹¹, também mostrou que adolescentes com uma alimentação inadequada (RP=1,48; IC95% 1,04-2,11), inativos fisicamente (RP=1,33; IC95% 1,13-1,58), fumantes (RP=1,57; IC95% 1,13-2,19) apresentavam maior predisposição a ANS¹¹. Similar a estudo na Grécia¹⁸ e a outro estudo realizado com 117 460 adolescentes, de 11 a 15 anos, em 28 países da Europa e da América do Norte mostraram que a relação entre atividade física e o consumo de frutas / hortaliças (fatores comportamentais) foram os fatores mais importantes na explicação ANS²². No Paquistão o uso de tabaco (2,14, IC 95%: 1,26 - 3,96) e dieta inadequada (3,60, IC 95%: 1,76 - 7,33) foram associados à percepção negativa de saúde¹.

Resultados distintos foram observados em outros estudos, onde adolescentes expostos ao consumo de drogas apresentaram associação para ANS^{11, 26}. Em relação ao consumo de álcool o resultado assemelhou-se ao encontrado no Rio Grande do Sul¹¹ onde a ANS não se associou ao consumo de álcool.

Considerando que o elevado consumo de doces e o baixo consumo de frutas têm apresentado estimativas preocupantes em adolescentes, mudanças nestes hábitos alimentares são fundamentais para a promoção de uma percepção positiva da saúde. Uma atenção especial é recomendada a fim da criação de ambientes que promova a alimentação saudável, além da criação de estratégias que envolva os pais e a comunidade escolar para que possa juntos auxiliar na adoção, ou na manutenção de uma boa alimentação, durante a adolescência⁹⁵.

Condutas de risco à saúde dos adolescentes como consumo de álcool, tabaco, drogas, hábito alimentar inadequado mostram-se associadas à ANS e a não prática de AF²⁶. A presença desses fatores influencia a percepção dos indivíduos sobre sua saúde de maneira negativa. Além disso, condutas de risco adquiridos pelos adolescentes podem permanecer com eles durante toda a vida e podendo resultar em consequências importantes para a saúde. Aproximadamente 33% da carga da doença e 60% das mortes prematuras entre adultos teriam suas raízes no período adolescente^{20, 21}.

Estudo realizado nos EUA²⁶ revela comportamento de risco à saúde, identificando associação entre adolescentes não ativos e uso de tabaco. No Brasil, estudos^{91, 92, 96} têm sido realizados com intuito de compreender tal comportamento de risco entre os adolescentes, visto que, hábitos adquiridos, ainda na adolescência, tendem a persistir na vida adulta.

No respectivo estudo, adolescentes não ativos associou-se ANS similar ao estudo realizado na Europa²² onde a inatividade física se associou a ANS, no Brasil tem encontrado a mesma associação⁷⁰. Ainda no Brasil, estudo tem associado à percepção positiva de saúde a prática de atividade física¹⁹.

Estudos tem associado à inatividade física as doenças cardiovasculares^{2,12,98}, o que é um fator preocupante, visto que adolescentes não ativos fisicamente estão inclinados a se tornarem adultos fisicamente inativos⁹⁸. Resultado⁹⁹ mostra que a prática regular de atividade física, durante a infância, tem inúmeros benefícios à saúde, tanto física como psicológica. Além disso, os benefícios da prática de AF durante a infância também parecem influenciar positivamente os resultados de saúde na vida adulta, como o aumento da densidade mineral óssea⁹⁹.

Resultado similar ao identificado no presente estudo foi encontrado em escolares do Sudeste Asiático, onde adolescentes inativos fisicamente se associaram a uma dieta inadequada¹⁰⁰. Um estudo realizado em adolescentes, na Polônia, não mostrou associação evidente entre hábitos alimentares e níveis de atividade física⁴⁴. Estudo realizado nos EUA constatou baixo consumo de frutas e verduras entre adolescentes americanos¹⁰¹. Em contraste com estudo realizado em adolescentes marroquinos que relataram ingestão de frutas e verduras diariamente⁴⁵.

No Brasil, estudo realizado em São Paulo observou que a prática de atividade física estava associada com maior consumo de frutas (OR = 1,90; IC95% 1,39-2,60) e vegetais (OR = 1,48; IC95% 1,09-2,01), ao passo que o maior consumo de frituras (OR = 2,13; IC95% 1,64-2,77) e salgadinhos (OR = 1,91; IC95% 1,49-2,45) esteve associado ao hábito de assistir TV¹⁰². Dietas não saudáveis é uma preocupação importante em adolescentes.

Há evidências crescentes de que a prática de atividade física regular, e hábitos alimentares saudáveis combinados, ajudam a manter e melhorar a saúde física e mental⁴⁰. Além de aumentar a probabilidade de um padrão saudável são pedras angulares da prevenção da obesidade. A obesidade é ainda mais complicada pela interação complexa entre dieta, atividade física e fatores metabólicos em um ambiente que estimula o consumo de alimentos de alta energia e desestimula o gasto de energia^{43,102}.

Estímulo à prática de atividade física, na idade escolar, pode ser uma intervenção importante contra a epidemia de inatividade física na idade adulta. Indicando que são necessárias estratégias de saúde públicas eficazes que visem à promoção da atividade física e de hábitos alimentares saudáveis nessa população específica.

Estudos nacionais e internacionais têm mostrado alto consumo regular de álcool entre adolescentes^{95,103}. O uso de álcool está associado a comportamentos de risco, como o uso de drogas, tabagismo e hábitos não saudáveis, encontrado também em adultos jovens⁹⁵. A associação entre o uso de bebidas alcoólicas e o tabagismo pode ter relação com a adoção de outras condutas de saúde, como a prática de atividades físicas.

No estudo de revisão realizado por Lisha e Sussman¹⁰³, identifica associação entre prática esportiva e consumo de bebidas alcoólicas. No presente estudo foi identificando relação entre consumo de álcool e prática de atividade física, embora não tenha sido significativo. No entanto, há escassez de estudos que tenham analisado, se a exposição a consumo de bebidas alcoólicas está associada a não prática de AF¹⁰⁴.

6. CONCLUSÃO

Este estudo apresenta algumas limitações que precisam ser consideradas: mesmo não tendo como identificar o indivíduo na pesquisa, não se pode descartar a possibilidade de viés de informação em relação a consumo de álcool, tabagismo e consumo de drogas. A possibilidade de generalização dos resultados para a população adolescente como um todo é limitada, tendo em vista que o estudo foi conduzido apenas nas escolas públicas estaduais do ensino médio.

O ponto positivo do estudo é o fato de ter sido conduzido com uma amostra razoavelmente representativa dos estudantes do ensino médio do Estado de Sergipe. Além disso, os dados foram coletados mediante a utilização de um questionário que foi usado previamente e apresenta um nível de reprodutibilidade moderado.

Os resultados, do presente estudo, permite concluir que há uma elevada proporção de escolares, sergipanos, com condutas de risco à saúde como consumo de tabaco e hábitos alimentares inadequados (baixo consumo de frutas e suco de frutas) associados a adolescentes não ativos e autoavaliação negativa de saúde. Os achados sugerem que promover estímulos à prática de atividade física pode ser fundamental, não somente para promover os benefícios fisiológicos aliados ao estilo de vida ativo, mas também para proporcionar uma percepção positiva do estado de saúde na população jovem.

As prevalências entre ANS e adolescentes não ativos, com características socioeconômicas, sexo, faixa etária, cor da pele, local de domicílio, escolaridade da mãe e renda familiar, sugerem que os estudantes sergipanos são mais vulneráveis aos padrões de condutas inadequadas, situação que pode comprometer a saúde dos indivíduos, principalmente na idade adulta. Os dados do atual estudo são de grande utilidade para determinar estratégias adequadas de prevenção e promoção à saúde, orientando políticas para os adolescentes sergipanos.

As evidências geradas pela pesquisa constitui um importante instrumento para subsidiar informações e monitorar a saúde dos escolares sergipanos, dando sustentabilidade à implantação de programas voltados para a saúde de escolares, como o Programa Saúde na Escola.

7. REFERÊNCIAS

1. AFRIDI AAK, MOTWANI K, KHAWAJA S, KHOJA AA, FATMI ZAMI, et al. Self-perceived health among school going adolescents in Pakistan: influence of individual, parental and life style factors? **Global Journal of Health Science**. Volume 5, N. 4, 2013.
2. RANGUL V, BAUMAN A, HOLMEN TL, MIDTHJELL K. Is physical activity maintenance from adolescence to young adulthood associated with reduced CVD risk factors, improved mental health and satisfaction with life: the HUNT Study, Norway. **International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity**. Volume 9, N. 14, 2012.
3. GUEDES DP, GUEDES JERP, BARBOSA DS, OLIVEIRA JA. Níveis de prática de atividade física habitual em adolescentes. **Rev Bras Med Esporte**; Volume 7, N. 6, 2001.
4. LAWLOR DA, HOPKER SW. The effectiveness of exercise as an intervention in the management of depression: systematic review and meta-regression analysis of randomised controlled trials. **BMJ**. Volume 322, 2001.
5. BAHARUDIN A, ZAINUDDIN AA, MANICKAM MA, AMBAK R, AHMAD MH, NAIDU BM, et al. Factors associated with physical inactivity among school-going adolescents: data from the Malaysian School-Based Nutrition Survey 2012. **Asia Pac J Public Health**. Volume 26, N.5, Página 27. doi: 10.1177/1010539514543682. 2014.
6. GANDER J, LEE DC, SUI X, HÉBERT JR, HOOKER SP, BLAIR SN. Self-rated health status and cardiorespiratory fitness as predictors of mortality in men. **Br J Sports Med**. Nov;45(14):1095-100. doi: 10.1136/bjsm.2010.079855. 2011.
7. BOYAS JF, KIM YJ, MOON SS, RUIZ E. GAINES, K. Drug and alcohol use and its relationship to self-rated health: An ecological examination among Latino and non-Hispanic White adolescents. **Children and Youth Services Review**. Volume 73, Pages 454–466. doi.org/10.1016/j.childyouth.2016.11.020. 2017.

8. ARRUDA GO, SANTOS AL, TESTON EF, CECILIO HPM, RADOVANOVIC CAT, MARCON SS. Associação entre autopercepção de saúde e características sociodemográficas com doenças cardiovasculares em indivíduos adultos. **Rev Esc Enferm USP**. Volume 49, N. 1, pág. 60-67. 2015.
9. REICHER FF, LOCH MR, CAPILHEIRA MF. Autopercepção de saúde em adolescentes, adultos e idosos. **Ciência & Saúde Coletiva**. Volume 17, N. 12, pág. 3353-3362, 2012.
10. MAVADDAT N, VAN DER LINDE R, PARKER R, SAVVA G, KINMONTH AL, BRAYNE C, MANT J. Relationship of Self-Rated Health to Stroke Incidence and Mortality in Older Individuals with and without a History of Stroke: A Longitudinal Study of the MRC Cognitive Function and Ageing (CFAS) Population. **PLoS One**. 2016. **PLoS One**. Volume 11, N. 2, Doi: 10.1371/journal.pone.0150178. 2016.
11. CUREAU FV, DUARTE PM, SANTOS DL, REICHERT FF. Autopercepção de saúde em adolescentes: prevalência e associação com fatores de risco cardiovascular. **Rev Bras Ativ Fis e Saúde**. Pelotas/RS, Volume 18, N. 6, pág. 750-760, 2013.
12. KOKKINOS P. Physical Activity, Health Benefits, and Mortality Risk. **International Scholarly Research Network - ISRN Cardiology**. Volume 2012, pág. 14, Article ID 718789. doi:10.5402/2012/718789. 2012.
13. KRUK J, CZERNIAK U. Physical Activity and its Relation to Cancer Risk: Updating the Evidence. **Asian Pacific Journal of Cancer Prevention**. Volume 14, 2013.
14. BROWN JC, WINTERS-STONE K, LEE A, SCHMITZ KH. Cancer, Physical Activity, and Exercise. **Compr Physiol**. Volume 2, N.4, pág. 2775–2809. doi:10.1002/cphy.c120005. 2012.
15. WONG SL, DONAGHUE KC. Traditional Cardiovascular Risk Factors in Adolescents with Type 1 Diabetes Mellitus. **Curr Diabetes Rev**. Volume 13, DOI: 10.2174/1573399813666170124095113. 2017.

16. QIU SH, SUN ZL, CAI X, LIU L, YANG B. Improving Patients Adherence to Physical Activity in Diabetes Mellitus: A Review. **Diabetes Metab J.** 36(1):1-5. doi: 10.4093/dmj.2012.36.1.1. Epub 2012.
17. KARATZI K, PROTOGEROU AD, MOSCHONIS G, TSIRIMIAGOU C, ANDROUTSOS O, CHROUSOS GP, LIONIS C, MANIOS Y. Prevalence of hypertension and hypertension phenotypes by age and gender among schoolchildren in Greece. The Healthy Growth Study. **Atherosclerosis.** pii: S0021-9150(17)30029-1. doi: 10.1016/j.atherosclerosis.2017.01.027. 2017.
18. DARVIRI C, ARTEMIADIS AK, TIGANI X, ALEXOPOULOS EC. Lifestyle and self-rated health: a cross-sectional study of 3,601 citizens of Athens, Greece. **BMC Public Health.**11:619. doi: 10.1186/1471-2458-11-619. 2011.
19. MENDONÇA G, CAZUZA JF JR. Percepção de saúde e fatores associados em adolescentes. **Rev Bras Ativ Fis e Saúde.** Pelotas/RS. 17(3):174-180. 2012.
20. BREIDABLIK HJ, MELAND E, LYDERSEN S. Self-rated health in adolescence: a multifactorial composite. **Scand J Public Health,** 36(1), 12-20. 2008.
21. LULE EJER, SINGH S, KNOWLES JC, BEHRMAN JR. Adolescent Health Programs. In J. G. B. Dean T. Jamison, Anthony R. Measham, George Alleyne, Mariam Claeson, David B. Evans, Prabhat Jha, Anne Mills, Philip Musgrove (Ed.), **Disease Control Priorities in Developing Countries** (2 ed. pag. 1109). New York NY 10016: The World Bank and Oxford University Press. 2006.
22. MOOR I, RATHMANN K, STRONKS K, LEVIN K, SPALLEK J, RICHTER M. Psychosocial and behavioural factors in the explanation of socioeconomic inequalities in adolescent health: a multilevel analysis in 28 European and North American countries. **J Epidemiol Community Health.** 68(10):912-21. doi: 10.1136/jech-2014-203933. 2014.
- 23 CHOI KW. Factors related to Self-Rated Health in Adolescents: Findings from the Korea Youth Panel Survey. **Korean J Health Educ Promot,** Vol.31, N.3. 2014.

24. MEIRELES AL, XAVIER CC, SOUZA AAC, PROIETTI FA, CAIAFFA WT. Self-Rated Health among Urban Adolescents: The Roles of Age, Gender, and Their Associated Factors. **Plos One**. DOI:10.1371/journal.pone. 0132254. 2015.
25. BARBOSA FILHO VC, SILVA KS, RECH CR, BRITO ALS, OLIVEIRA ES, NAHAS MV. Mudanças no estilo de vida e na percepção da saúde em estudantes do ensino médio: análise prospectiva do projeto “Saúde na Boa”. DOI.org/10.5007/1980-0037.2014v16s1p55. **Rev. Brasileira de Cineantropometria e Desempenho Humano**. 2014.
26. FOTI K, EATON D. Associations of Selected Health Risk Behaviors with SelfRated Health Status Among U.S. High School Students. **Public Health Rep**. 125(5):771-81. 2010.
27. KOKKINOS P. Physical Activity, Health Benefits, and Mortality Risk. **International Scholarly Research Network**. ISRN Cardiology. Volume 2012, Article ID 718789, 14 pages doi:10.5402/2012/718789. 2012.
28. LOWRY R, LEE SM, FULTON JE, Demissie Z, Kann L. Obesity and Other Correlates of Physical Activity and Sedentary Behaviors among US High School Students. **Journal of Obesity**. 2013:276318. doi: 10.1155/2013/276318. 2013.
29. QIU SH, SUN ZL, CAI X, LIU L, YANG B. Improving Patients’ Adherence to Physical Activity in Diabetes Mellitus: A Review. **Diabetes Metab J**. 36(1):1-5. doi: 10.4093/dmj.2012.36.1.1. 2012.
30. KRUK J, CZERNIAK U. Physical activity and its relation to cancer risk: Updating the evidence. **Asian Pacific Journal of Cancer Prevention**.3993–4003. 2013.
31. MARCONDELLI P, COSTA THM, SCHMITZ BDAS. Nível de atividade física e hábitos alimentares de universitários do 3o ao 5o semestres da área da saúde. **Revista de Nutrição**. 2008;39–47.
32. BIBILONI Mdel M, ÖZEN AE, PONS A, GONZÁLEZ-GROSS M, TUR JA. Physical Activity and Beverage Consumption among Adolescents. **Nutrients**. 8(7). pii: E389. doi: 10.3390/nu8070389. 2016.

33. Departamento de Saúde e Serviços Humanos dos EUA. **Diretrizes de Atividade Física para os americanos** . Hyattsville, Md, EUA, 2008. Disponível em: <http://www.health.gov/paguidelines/guidelines/default.aspx>, acessado em Fev/2017.
34. GORDON-LARSEN P, NELSON MC, POPKIN BM. Longitudinal physical activity and sedentary behavior trends: adolescence to adulthood. **Am J Prev Med.** 27(4):277-83. 2004.
35. AZEVEDO MR, ARAÚJO CL, COZZENSA SILVA M, HALLAL PC. Tracking of physical activity from adolescence to adulthood: a population-based study. **Rev Saúde Pública.** 41(1):69-75. 2007.
36. CESARINO CB, CIPULLO JP, MARTIN JFV, CIORLIA LA, GODOY MRP, CORDEIRO JA, RODRIGUES IC. Prevalência e fatores sociodemográficos em hipertensos de São José do Rio Preto. **Arq Bras Cardiol.** 91(1):31-35. 2008.
37. JARDIM PCBV, GONDIM MRP, MONEGO ET, MOREIRA HG, VITORINO PVO, SOUZA WKS, SCALA LCN. Hipertensão arterial e alguns fatores de risco em uma capital brasileira. **Arq Bras Cardiol.** 88(4):452-457. 2007.
38. WILLIAMS B. The year in hypertension. Journal of the American College of Cardiology. **JACC** Vol. 55. N.1. 2010.
39. FAGARD RH, CORNELISSEN VA. Effect of exercise on blood pressure control in hypertensive patients. **Eur J Cardiovasc Prev Rehabil.** 2007.
40. WHO. Global health risks: mortality and burden of disease attributable to selected major risks. Geneva: **World Health Organization**; 2009.
41. WHO. Global estimate of the burden of disease from second-hand smoke. Geneva: **World Health Organization**. 2010.
42. MALTA DC, MORAIS OLN, SILVA JB JR. Apresentação do plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis no Brasil, 2011 a 2022. **Epidemiol. Serv. Saúde.** Brasília, 20(4):425-438. 2011.

43. HAMRANI A, MEHDAD S, EL KARI K, EL HAMDOUCHI A, EL MENCHAWY I, BELGHITI H, et al. Physical activity and dietary habits among Moroccan adolescents. **Public Health Nutrition.** 18(10):1793-800. doi: 10.1017/S1368980014002274. 2014.
44. DMITRUK A, KUNICKA I, POPLAWSKA H, HOŁUB W. Relationship between diet and physical activity level in adolescents from postgrammar schools. **Rocz Panstw Zakl Hig.** 67(1):37-44. 2016.
45. BOARDMAN JD. Self-rated health among U.S. adolescents. **J Adolesc Health.** Author manuscript; available in PMC. 2011.
46. JERDÉN L, BURELL G, STENLUND H, WEINEHALL L, BERGSTRÖM E. Gender Differences and Predictors of Self-Rated Health Development Among Swedish Adolescents. **Journal of Adolescent Health.** 48(2):143-50. doi: 10.1016/j.jadohealth.2010.06.005. 2011.
47. PINTO MT, RIVIERE AP, BIZ A, SCHLUCKBIER L, ARAÚJO A. Carga das doenças tabaco-relacionadas para o Brasil. Aliança de Controle do Tabagismo. Rio de Janeiro; **ACT.** 2012.
48. WHO. Social determinants of health and well-being among young people. Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study: international report from the 2009/2010 survey. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe. **World Health Organization.** 2012.
49. STRAUCH ES, PINHEIRO RT, SILVA RA, HORTA BL. Uso de álcool por adolescentes: estudo de base populacional. **Rev Saúde Pública.** 43(4):647-55 2009.
50. **Centers for Disease Control and Prevention (CDC):** Youth Risk Behavior Surveillance — United States, 2005. MMWR CDC Surveill Summ 2006.
51. MALTA DC, MASCARENHAS MDM, PORTO DL, DUARTE EA, SARDINHA LM, BARRETO SM, MORAIS NETO OL. Prevalência do consumo de álcool e drogas entre adolescentes: análise dos dados da Pesquisa Nacional de Saúde Escolar. **Rev Bras Epidemiol.** 14(1) Supl.: 136-46137. 2011.

52. PIAZZA-GARDNER AK, BARRY AE. Examining physical activity levels and alcohol consumption: are people who drink more active? **Am J Health Promot.** (3):e95-104. doi: 10.4278/ajhp.100929-LIT-328. 2012.
53. CYCH P, KOSENDIAK A, KAŁWA M, KOSENDIAK JAN. Physical Activity Versus Alcohol Consumption Among Teenagers in Chosen Middle Schools From Cities Central And South-Western Poland. **Adv Clin Exp Med.** 22, 2, 273–281. 2013.
54. PINHEIRO BO, ANDRADE ALM, MICHELI D. Relação entre os níveis de atividade física e qualidade de vida no uso de drogas em adolescentes. **Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog.**12(3):178-87 DOI: 10.11606/issn.1806-6976.v12i3p178-187. 2016.
55. TERRY-MCEL RATH YM, O'MALLEY PM, JOHNSTON LD. Exercise and Substance Use Among American Youth, 1991–2009. **Am J Prev Med.** 40(5):530-40. doi: 10.1016/j.amepre.2010.
56. PERETTI-WATEL P, GUAGLIARDO V, VERGER P, PRUVOST J, MIGNON P, OBADIA Y. Sporting activity and drug use: alcohol, cigarette and cannabis use among elite student athletes. Society for the Study of Addiction to Alcohol and Other Drugs. **Addiction.** 98, 1249. 2003.
57. BASTERFIELD L, ADAMSON AJ, FRARY JK, PARKINSON KN, PEARCE MS, REILLY JJ. GATESHEAD MILLENNIUM STUDY CORE TEAM: Longitudinal study of physical activity and sedentary behavior in children. **Pediatrics.** 127(1):e24-30. doi: 10.1542/peds.2010-1935. 2011.
58. LIBUDA L, ALEXU U, KERSTING M. Time trends in dietary fat intake in a sample of German children and adolescents between 2000 and 2010: not quantity, but quality is the issue. **Br J Nutr.** 111(1):141-50. doi: 10.1017/S0007114513002031. 2014.
59. PIERNAS C, POPKIN BM. Increased portion sizes from energy-dense foods affect total energy intake at eating occasions in US children and adolescents: patterns and trends by age group and socio-demographic characteristics. **Am J Clin Nutr.** 94:1324–32 2011.

60. RAMPERSAUD GC, PEREIRA MA, GIRARD BL, ADAMS J, METZL JD. Breakfast habits, nutritional status, body weight, and academic performance in children and adolescents. **J Am Diet Assoc.**105(5):743-60; quiz 761-2. 2005.
61. SAWYER SM, AFIFI RA, BEARINGER LH, BLAKEMORE SJ, DICK B, EZEH AC, PATTON GC. Adolescence: a foundation for future health. **The Lancet.** 379(9826):1630-40. doi: 10.1016/S0140-6736(12)60072-5. 2012.
62. GUIMARÃES RM, MUZI CD, AYRES ARG, RIBEIRO MS, CHAGAS CC, OLIVEIRA JSC. Aplicação de três técnicas para avaliação de tendência de mortalidade por câncer do colo do útero em série temporal no Brasil, 1980-2009. **Revista Brasileira de Cancerologia.** 58(3): 359-36. 2012.
63. ANTUNES JLF, CARDOSO MRA. Uso da análise de séries temporais em estudos epidemiológicos. **Epidemiol. Serv. Saúde.** Brasília, 24(3):565-576, jul-set 2015.
64. BADAWI G, GARIÉPY G, PAGÉ V, SCHMITZ N. Indicators of self-rated health in the Canadian population with diabetes. **Diabetic Medicine.** 29(8):1021-8. doi: 10.1111/j.1464-5491.2012.03571.x. 2012.
65. DEMIRCHYAN A, PETROSYAN V, THOMPSON ME. Gender differences in predictors of self-rated health in Armenia: a population-based study of an economy in transition.**International Journal for Equity in Health.** 2012. 11:67 Page 2 of 10 <http://www.equityhealthj.com/content/11/1/67>. 2017.
66. SARGENT-COX KA, ANSTEY KJ, LUSZCZ MA. The choice of self-rated health measures matter when predicting mortality: evidence from 10 years follow-up of the Australian longitudinal study of ageing. **BMC Geriatrics.** 2010.
67. MCDADE TW, CHYU L, DUNCAN GJ, HOYT LT, DOANE LD, ADAM EK. Adolescents' expectations for the future predict health behaviors in early adulthood. **Social Science & Medicine.**73(3):391-8. doi: 10.1016/j.socscimed.2011.06.005. 2011.
68. LACHAT C, OTCHERE S, ROBERFROID D, ABDULAI A, SERET FM, MILESEVIC J, XUEREB G, CANDEIAS V, KOLSTEREN P. Diet and Physical

Activity for the Prevention of Noncommunicable Diseases in Low- and Middle-Income Countries: A Systematic Policy Review. 10(6):e1001465. doi: 10.1371/journal.pmed.1001465. **PLoS Med.** 2013.

69. FISCHHOFF B, BRUINE DE BRUIN W, PARKER AM, MILLSTEIN SG, HALPERN-FELSHER BL. Adolescents' perceived risk of dying. **Jornal of Adolescent Health.** 46(3):265-9. doi: 10.1016/j.jadohealth.2009.06.026 46(3), 265-269. 2010.

70. PAVÃO ALB, WERNECK GL, CAMPOS MR. Autoavaliação do estado de saúde e a associação com fatores sociodemográficos, hábitos de vida e morbidade na população: um inquérito nacional. **Cad. Saúde Pública.** Rio de Janeiro, 29(4):723-734. 2013.

71. MALTA DCM, ANDREAZZI MAR, CAMPOS MO, ANDRADE SSCA, MOURA NNBS, MOURA L, et al. Tendência dos fatores de risco e proteção de doenças crônicas não transmissíveis em adolescentes, Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE 2009 e 2012). **Rev bras epidemiol** suppl pense 2014; 77-91.2014.

72. NETO JJS, KARINO CA, JESUS G, et al. A infraestrutura das escolas públicas brasileiras de pequeno porte. **Rev do Serviço Público** 2008;64:377–91.2008.

73. GALLAHUE DL, Ozmun JC. Compreendendo o Desenvolvimento Motor. Editora, NADINE J. KANN, pág. 367-373, 3 ed. Ano, 2005.

74. ATLAS DE DESENVOLVIMENTO HUMANO NO BRASIL. **Desenvolvimento humano e condições de vida:** indicadores brasileiros. 1998;

75 LUIZ OC, HEIMANN LS, BOARETTO RC, PACHECO AG, PESSOTO UC, IBANHES LC, et al. Diferenciais intermunicipais de condições de vida e saúde: construção de um indicador composto. **Rev. Saúde Pública.** v.43, n.1, p.115-22, 2009.

76. **FUNDAÇÃO SEADE.** Pesquisa de Condições de Vida na Região Metropolitana de São Paulo. São Paulo. 2006.

77. Nahas MV, Barros MVG; Bem MFLD, Oliveira ESA, Loch MR. Estilo de vida e indicadores de saúde dos jovens catarinenses. Relatório da pesquisa desenvolvida pelo Núcleo de Pesquisa em Atividade Física e Saúde com amostra representativa dos estudantes de 15 a 19 anos matriculados nas escolas estaduais do ensino médio em Santa Catarina. **Florianópolis**: Universidade Federal de Santa Catarina; 2005.
78. WHO. Chronic diseases and health promotion: global school-based student health survey (GSHS) purpose and methodology. Disponível em: <http://www.who.int/chp/gshs/en>. **WORLD HEALTH ORGANIZATION**. Acessado em Fev/2017.
79. **Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde**. Coordenação geral da política de Alimentação e Nutrição. Guia Alimentar para população brasileira: Promovendo a alimentação saudável. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.
80. SOUSA TF, SILVA KS, GARCIA LM, DEL DUCA GF, OLIVEIRA ESA, MARKUS VN. Autoavaliação de saúde e fatores associados em adolescentes do Estado de Santa Catarina, Brasil. Brazil. **Rev Paul Pediatría**. 28(4):333-9 2010.
81. VINGILIS ER, TERRANCE JW, SEELEY JS. Predictors of adolescent self-rated health. Analysis of the National Population Health Survey. **Canadian Journal of Public Health**. Can J Public Health. 93(3):193-7. 2002.
82. XU Z, SU H, ZOU Y, CHEN J, WU J, CHANG W. Self-rated health of Chinese adolescents: distribution and its associated factors. **Scand J Caring Sci**. doi: 10.1111/j.1471-6712.2011.00893.x. Epub. 2011.
83. KRAJA F, KËLLIÇI I, ÇAKËRRI L. Determinants of self-perceived health status in population-based studies. **Albanian Medical Journal**.2. 2013.
84. KALETA D, POLAŃSKA K, DZIANKOWSKA-ZABORSZCZYK E, et al. Factors influencing self-perception of health status. **Cent Eur J Public Health**.17:122–7. 2009.

85. FARESJÖ T, RAHMQVIST M. Educational level is a crucial factor for good perceived health in the local community Scand **J Public Health**. 38:605-610. 2010.
86. CESCHINI FL, ANDRADE DR, OLIVEIRA LC. et al. Prevalence of physical inactivity and associated factors among high school students from state's public schools. **J Pediatr** (Rio J);85:301–6. 2009.
87. MORAES ACF, FERNANDES CAMF, ELIAS RGM, et al. Prevalência de inatividade física e fatores associados em adolescentes. Rev **Assoc Med Bra**. 55:523–8. 2009.
88. TENÓRIO MCM, BARROS MVG, TASSITANO TM. Atividade física e comportamento sedentário em adolescentes estudantes do ensino médio Physical activity and sedentary. **Rev Bras Epidemiol**.13:105–17. 2010.
89. DE VOS JCW, DU TOIT D, COETZEE D. The types and levels of physical activity and sedentary behaviour of Senior Phase learners in Potchefstroom. **Health SA Gesondheid**. 21:372-380. 2016.
90. WANG JH, WU MC, CHANG HH. Urban–rural disparity in physical fitness of elementary schoolchildren in Taiwan. **Pediatrics International**. doi: 10.1111 /ped.12044 2013.
91. BEZERRA J, LOPES A.S, HARDMAMA CM, TASSITANO RM, TENÓRIO MCM, BARROS MVG. Consumo de bebidas alcóolicas e tabagismo: associação com inatividade física no lazer e comportamento sedentário. **Revista Andaluza de Medicina del Deporte**. DOI: 10.1016/j.ramd.2014.08.002. 2015.
92. CERQUEIRA GS, LUCENA CT, GOMES CT, MORAIS AT, FREITAS APF, ROCHA NFM, MARIZ SR. Consumo de álcool entre estudantes de uma escola pública da cidade de Cajazeiras, PB. **SMAD, Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog**. (Ed. port.);7(1): 18-24. 2011.
93. SINGH KM, SINGH M, SINGH S. Study of physical fitness among rural and urban children from Punjab. **International Journal of Physical Education, Sports and Health**. 2016; 3(3): 475-478 2016.

94. WHO. Global recommendations on physical activity for health. Geneva; **World Health Organization**. 2010.
95. BARBOSA-FILHO VC, CAMPOS W, LOPES AS. Epidemiology of physical inactivity, sedentary behaviors, and unhealthy food habits among Brazilian adolescents: A systematic review. **Cienc Saúde Colet**. 19(1):171-91. 2014.
96. MALTA DC, MACHADO IE, PORTO DL, SILVA MMA, FREITAS PCC, CAMPOS MO. Consumo de álcool entre adolescentes brasileiros segundo a Pesquisa Nacional de Saúde Escolar (PeNSE 2012). **Rev Bras Epidemiol SUPPL PeNSE** 2014.
97. BOOTH FW, ROBERTS CK, LAYE MJ. Lack of exercise is a major cause of chronic diseases. *Compr Physiol*. 2012 April ; 2(2): 1143–1211. doi:10.1002/cphy.c110025. **National Institutes of Health. NIH**. 2012.
98. MONYEKI M A. Physical activity and health in children: How much do we know? **African Journal for Physical, Health Education, Recreation and Dance (AJPHERD)**, 20(2:1), 323e342. 2013.
99. LOPRINZI PD, CARDINAL BJ, LOPRINZI KL, et al. Benefits and environmental determinants of physical activity in children and adolescents. **Obes Facts**. 5:597–610. 2012.
100. PELTZER K. Leisure time physical activity and sedentary behavior and substance use among in-school adolescents in eight African countries. **Int J Behav Med**. 17(4):271-8. doi: 10.1007/s12529-009-9073-1. 2010.
101. KIMMONS JOEL, GILLESPIE C, SEYMOUR J, SERDULA M, BLANCK HM. Ingestão de Frutas e Vegetais entre Adolescentes e Adultos nos Estados Unidos: Percentual de Reunião Recomendações Individualizadas. **Medscape J Med**. 11 (1): 26. 2009.
102. FERNANDES RA, CHRISTOFARO DGD, CASONATTO J, et al. Cross-sectional association between healthy and unhealthy food habits and leisure physical activity in adolescents. **J Pediatr (Rio J)**. 87:252–6. 2011.

103. Eaton DK, Kann L, Kinchen S, Shanklin S, Flint KH, Hawkins J, et al. Youth risk behavior surveillance – United States, 2011. **MMWR** Surveill Summ. 2012;61(4):1-162.

104. Lisha NE, Sussman S. Relationship of high school and college sports participation with alcohol, tobacco, and illicit drug use: A review. **Addict Behav.** 35, pp. 399-407 <http://dx.doi.org/10.1016/j.addbeh.2009.12.032>. 2010.

ANEXO A - Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS
CAMPUS DA SAÚDE PROF. JOÃO CARDOSO NASCIMENTO JR
Rua Cláudio Batista S/N- Centro de Pesquisas Biomédicas - Bairro Sanatório
CEP: 49060-100 Aracaju -SE / Fone: (79) 2105-1805
E-mail: cephur@ufsc.br

DECLARAÇÃO

Declaro, para os devidos fins, que o Protocolo de Pesquisa intitulado "CONDIÇÕES DE VIDA ASSOCIADAS A FATORES COMPORTAMENTAIS ENTRE ADOLESCENTES RESIDENTES NA ZONA RURAL E NA ZONA URBANA DO ESTADO DE SERGIPE" – Nº CAAE – 2006.0.000.107-10, sob orientação da pesquisadora Prof. Dra. Maria de Fátima da Silva Duarte, foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Sergipe- CEP/UFS em reunião realizada dia 16/07/2010.

Cabe ao pesquisador apresentar ao CEP/UFS os relatórios parciais e final sobre a pesquisa (Res. CNS 196/96).

Aracaju, 20 de julho de 2010.

Prof. Dr. Manuel Hermínio de Aguiar Oliveira
Coordenador do CEP/UFS

APÊNDECE A – Instrumento de Pesquisa - Questionário



INSTITUTO FEDERAL DE
EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E TECNOLOGIA
SERGIPE

Projeto
CONDIÇÕES DE VIDA E CONDUTAS DE SAÚDE EM
ADOLESCENTES RESIDENTES EM ÁREAS RURAIS E URBANAS NO
ESTADO DE SERGIPE

Orientações:

- Este questionário é sobre as suas condutas de saúde.
- Estudantes como você, em todo o estado de Sergipe, estarão respondendo o mesmo questionário. As informações fornecidas por você será utilizada para desenvolver programas de saúde para pessoas jovens.
- Atenção! Não escreva o seu nome neste questionário, pois as informações que você fornecer serão mantidas em sigilo e serão anônimas. Ninguém irá saber o que você respondeu, por isto seja bastante sincero nas suas respostas.
- Lembre que não há respostas certas e erradas. As suas respostas devem se basear naquilo que você realmente conhece, sente ou faz.
- Lembre que a sua participação nesta pesquisa é voluntária.
- Leia com atenção todas as questões, se tiver dúvidas solicite ajuda do professor que estiver aplicando o questionário na sua sala de aula.
- NÃO DEIXE QUESTÕES EM BRANCO (SEM RESPOSTA).

Preencha o quadro abaixo conforme orientações do aplicador:

Território ☐☐ Cidade ☐☐

Escola ☐☐ Turma ☐☐

Turno ☐ Matutino ☐ Vespertino ☐ Noturno Horário:

Qual o nome da Cidade onde você mora?

Massa (kg): _____ Estatura (m): _____

Perímetro da Cintura: _____

INFORMAÇÕES DEMOGRÁFICAS E EDUCACIONAIS

<p>1. Qual a sua idade, em anos?</p> <p>A. Menos de 14 anos</p> <p>B. 14</p> <p>C. 15</p> <p>D. 16</p> <p>E. 17</p> <p>F. 18</p> <p>G. 19</p> <p>H. 20 anos ou mais</p> <p>2. Qual o seu sexo?</p> <p>A. Masculino</p> <p>B. Feminino</p> <p>3. Em que série você está?</p> <p>A. 1a série</p> <p>B. 2a. série</p> <p>C. 3a. série</p> <p>4. Você já reprovou em alguma série?</p> <p>A. Sim</p> <p>B. Não</p> <p>5. Você já abandonou os estudos alguma vez?</p> <p>A. Sim</p> <p>B. Não</p> <p>6. Qual foi o motivo do abandono?</p> <p>A. Precisei trabalhar</p> <p>B. Falta de interesse</p> <p>C. Não entendia as aulas</p> <p>D. Violência na escola ou no percurso para escola</p> <p>E. Outro _____</p> <p>7. Qual o seu estado civil?</p> <p>A. Solteiro(a)</p> <p>B. Casado(a)/vivendo com parceiro(a)</p> <p>C. Outro _____</p> <p>8. Você tem filhos?</p> <p>A. Sim</p> <p>B. Não</p> <p>9. Quantos filhos você tem?</p> <p>A. Nenhum</p> <p>B. 01</p> <p>C. 02</p> <p>D. + 02</p> <p>10. Você mora com:</p> <p>A. Só o Pai</p> <p>B. Só a Mãe</p> <p>C. Com o Pai e a Mãe</p> <p>D. Outro _____</p> <p>11. Quantas pessoas moram com você?</p> <p>A. 1-2</p> <p>B. 3-4</p> <p>C. + 4</p> <p>12. Quantos irmãos e irmãs você tem?</p> <p>A. Nenhum</p> <p>B. 1-2</p> <p>C. 3-4</p> <p>D. + 4</p>	<p>13. Você se considera de que cor:</p> <p>A. Branco</p> <p>B. Preto</p> <p>C. Pardo/moreno</p> <p>D. Outro _____</p> <p>14. Assinale com um X a quantidade de itens que existe em sua casa:</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-top: 10px;"> <thead> <tr> <th></th> <th colspan="2">Não Tem</th> <th colspan="3">TEM</th> </tr> <tr> <th></th> <th>1</th> <th>2</th> <th>3</th> <th>4</th> <th>+</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>TV em cores</td> <td>A.</td> <td>B.</td> <td>C.</td> <td>D.</td> <td>E.</td> </tr> <tr> <td>Rádio</td> <td>A.</td> <td>B.</td> <td>C.</td> <td>D.</td> <td>E.</td> </tr> <tr> <td>Banheiro</td> <td>A.</td> <td>B.</td> <td>C.</td> <td>D.</td> <td>E.</td> </tr> <tr> <td>Empregada Mensalista</td> <td>A.</td> <td>B.</td> <td>C.</td> <td>D.</td> <td>E.</td> </tr> <tr> <td>Aspirador de Pó</td> <td>A.</td> <td>B.</td> <td>C.</td> <td>D.</td> <td>E.</td> </tr> <tr> <td>Máquina de Lavar</td> <td>A.</td> <td>B.</td> <td>C.</td> <td>D.</td> <td>E.</td> </tr> <tr> <td>DVD ou Videocassete</td> <td>A.</td> <td>B.</td> <td>C.</td> <td>D.</td> <td>E.</td> </tr> <tr> <td>Geladeira</td> <td>A.</td> <td>B.</td> <td>C.</td> <td>D.</td> <td>E.</td> </tr> <tr> <td>Freezer (aparelho independente ou parte da geladeira duplex)</td> <td>A.</td> <td>B.</td> <td>C.</td> <td>D.</td> <td>E.</td> </tr> <tr> <td>Computador ou Notebook</td> <td>A.</td> <td>B.</td> <td>C.</td> <td>D.</td> <td>E.</td> </tr> </tbody> </table> <p>15. Qual é a alternativa que melhor indica o nível de estudo da sua mãe:</p> <p>A. Minha mãe não estudou</p> <p>B. Minha mãe apenas sabe ler e escrever pouco</p> <p>C. Minha mãe não concluiu o Ensino Fundamental</p> <p>D. Minha mãe concluiu o Ensino Fundamental</p> <p>E. Minha mãe NÃO concluiu o Ensino Médio</p> <p>F. Minha mãe concluiu o Ensino Médio</p> <p>G. Minha mãe concluiu a faculdade</p> <p>H. Não sei</p> <p>16. Qual é a alternativa que melhor indica o nível de estudo do seu pai:</p> <p>A. Meu pai não estudou</p> <p>B. Meu pai apenas sabe ler e escrever pouco</p> <p>C. Meu pai não concluiu o Ensino Fundamental</p> <p>D. Meu pai concluiu o Ensino Fundamental</p> <p>E. Meu pai NÃO concluiu o Ensino Médio</p> <p>F. Meu pai concluiu o Ensino Médio</p> <p>G. Meu pai concluiu a faculdade</p> <p>H. Não sei</p> <p>17. Em sua residência, quem é o "Chefe da Família"?</p> <p>A. Mãe</p> <p>B. Pai</p> <p>C. Outro _____</p>		Não Tem		TEM				1	2	3	4	+	TV em cores	A.	B.	C.	D.	E.	Rádio	A.	B.	C.	D.	E.	Banheiro	A.	B.	C.	D.	E.	Empregada Mensalista	A.	B.	C.	D.	E.	Aspirador de Pó	A.	B.	C.	D.	E.	Máquina de Lavar	A.	B.	C.	D.	E.	DVD ou Videocassete	A.	B.	C.	D.	E.	Geladeira	A.	B.	C.	D.	E.	Freezer (aparelho independente ou parte da geladeira duplex)	A.	B.	C.	D.	E.	Computador ou Notebook	A.	B.	C.	D.	E.
	Não Tem		TEM																																																																						
	1	2	3	4	+																																																																				
TV em cores	A.	B.	C.	D.	E.																																																																				
Rádio	A.	B.	C.	D.	E.																																																																				
Banheiro	A.	B.	C.	D.	E.																																																																				
Empregada Mensalista	A.	B.	C.	D.	E.																																																																				
Aspirador de Pó	A.	B.	C.	D.	E.																																																																				
Máquina de Lavar	A.	B.	C.	D.	E.																																																																				
DVD ou Videocassete	A.	B.	C.	D.	E.																																																																				
Geladeira	A.	B.	C.	D.	E.																																																																				
Freezer (aparelho independente ou parte da geladeira duplex)	A.	B.	C.	D.	E.																																																																				
Computador ou Notebook	A.	B.	C.	D.	E.																																																																				

INFORMAÇÕES SOBRE TRABALHO E RENDA

<p>18. Qual é a renda familiar mensal (total em R\$)?</p> <p>A. Até 250</p> <p>B. 250 a 500</p> <p>C. 500 a 750</p>	<p>19. Qual é a principal fonte de renda da família?</p> <p>A. Aposentadoria</p> <p>B. Bolsa Família/Bolsa Escola</p>
---	---

<p>D. 750 a 1.000 E. 1.000 a 1.250 F. 1.250 ou +</p> <p>20. Você trabalha? A. Não trabalho B. Sou empregado com salário C. Faço um estágio profissionalizante (com ou sem remuneração) D. Trabalho como voluntário E. Trabalho sem carteira assinada</p> <p>21. Quantas pessoas trabalham de forma remunerada em sua residência? A. Nenhum B. 1-2 C. 3-4</p> <p>Se você não trabalha, vá para a questão 28</p> <p>22. Com que idade começou a trabalhar? A. Menos de 10 anos B. 10 C. 11 D. 12 E. 13 ou +</p> <p>23. Em que local você trabalha? A. Comércio B. Indústria C. Agricultura D. Outro _____</p> <p>24. Que tipo de trabalho você realiza? _____</p> <p>25. Quantas horas semanais você trabalha? A. Até 20 horas B. Mais de 20 horas</p> <p>26. Como você se desloca para o trabalho? A. Ônibus B. Carro ou moto C. Bicicleta D. A pé E. Outro _____</p> <p>27. Quanto tempo você gasta no deslocamento para o trabalho? _____ horas _____ minutos.</p>	<p>C. Trabalho do pai/mãe D. Pensão E. Outro _____</p> <p>28. O seu PAI trabalha (excluindo os afazeres domésticos): A. Sem carteira assinada B. Com carteira assinada C. Empregador/Patrão D. Por conta própria E. No setor público F. Não trabalha</p> <p>Se seu pai não trabalha, vá para a questão 32</p> <p>29. Em que local o seu PAI trabalha? A. Comércio B. Indústria C. Agricultura D. Outro _____</p> <p>30. Que tipo de trabalho o seu PAI realiza? _____</p> <p>31. Quantas horas diárias o seu PAI trabalha? A. Menos de 04 B. 4 a 6 C. 6 a 8 D. Mais de 8</p> <p>32. A sua MÃE trabalha (excluindo os afazeres domésticos): A. Sem carteira assinada B. Com carteira assinada C. Empregador/Patrão D. Empregada doméstica E. No setor público F. Não trabalha G. Outro _____</p> <p>Se sua mãe não trabalha, vá para a questão 36</p> <p>33. Em que local a sua MÃE trabalha? A. Comércio B. Indústria C. Agricultura D. Outro _____</p> <p>34. Que tipo de trabalho a sua MÃE realiza? _____</p> <p>35. Quantas horas diárias a sua MÃE trabalha? A. Menos de 04 B. 4 a 6 C. 6 a 8 D. Mais de 8</p>										
INFORMAÇÕES SOBRE AMBIENTE E HABITAÇÃO											
<p>36. A sua residência fica localizada na(o):</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 5%;">A.</td><td>Sede do município (área urbana)</td></tr> <tr><td>B.</td><td>Povoado (área rural)</td></tr> <tr><td>C.</td><td>____ Sala(s)</td></tr> <tr><td>D.</td><td>____ Banheiro</td></tr> <tr><td>E.</td><td>OUTROS _____</td></tr> </table> <p>37. Quantos cômodos têm em sua residência? A. ____ Quarto(s) B. ____ Cozinha</p>	A.	Sede do município (área urbana)	B.	Povoado (área rural)	C.	____ Sala(s)	D.	____ Banheiro	E.	OUTROS _____	<p>39. Você mora em: A. Conjunto habitacional popular B. Casa de vila C. Favela D. Condomínio fechado E. Edificação isolada F. Outro _____</p> <p>40. Qual o tipo de edificação? A. Casa de alvenaria (tijolo)</p>
A.	Sede do município (área urbana)										
B.	Povoado (área rural)										
C.	____ Sala(s)										
D.	____ Banheiro										
E.	OUTROS _____										

<p>38. Você mora na cidade em que nasceu?</p> <p>A. Sim B. Não</p> <p>41. Em sua casa tem energia elétrica?</p> <p>A. Sim B. Não</p> <p>42. Ao redor da sua casa tem iluminação pública?</p> <p>A. Sim B. Não</p> <p>43. Na sua casa tem água encanada?</p> <p>A. Sim B. Não</p> <p>44. Onde você mora é abastecido por água de:</p> <p>A. Rede de abastecimento com ligação da rua B. Poço individual C. Rio/Riacho/Represa D. Caminhão pipa E. Outro _____</p>	<p>B. Apartamento C. Barraco ou cômodo D. Residência Coletiva (alojamento, pensão, pensionato, etc) E. Outro</p> <p>45. O lixo da sua casa é:</p> <p>A. Coletado B. Queimado C. Enterrado D. Jogado no rio ou em terreno baldio E. Outro _____</p> <p>46. Na sua casa tem esgoto sanitário?</p> <p>A. Sim B. Não</p> <p>47. O esgoto da sua casa é escoado para:</p> <p>A. Rede geral de esgotamento sanitário B. Fossa séptica C. Rio/Riacho/Represa D. Rua ou terreno (a céu aberto) E. Outro _____</p> <p>48. A rua onde você mora é pavimentada (asfaltada ou paralelepípedo)?</p> <p>A. Sim B. Não</p>
OFERTA E ACESSO A SERVIÇOS DE SAÚDE	
<p>49. Algum Agente Comunitário de Saúde já visitou a sua casa?</p> <p>A. Sim B. Não C. Não Sei</p> <p>50. Você ou algum familiar recebeu orientação sobre a prática de atividade física de um profissional da saúde?</p> <p>A. Sim, eu B. Sim, alguém da minha família C. Não D. Não Sei</p> <p>51. Nos últimos 12 meses, quantas visitas a sua casa recebeu do Programa Saúde da Família?</p> <p>A. Nenhum B. 1-2 C. 3-4 D. + 4 E. Não Sei</p> <p>52. Você tem convênio ou plano de saúde (médico ou dentista)?</p> <p>A. Sim B. Não</p> <p>53. Se sim, o convênio ou plano de saúde é:</p> <p>A. Particular B. De empresa C. De sindicato D. Outro _____</p> <p>54. Nos últimos 30 dias, você foi a algum pronto-socorro, hospital, posto de saúde, consultório dentário, clínica ou outro estabelecimento à procura de atendimento para a própria saúde?</p> <p>A. Sim, uma vez B. Sim, 2 vezes ou mais C. Não, mas recebi atendimento em casa de um profissional de saúde D. Não</p>	<p>55. Que tipos de estabelecimento de saúde você procurou?</p> <p>A. Pronto-Socorro B. Posto ou centro de saúde C. Consultório médico D. Outro</p> <p>56. Você teve algum problema de saúde nos últimos 30 dias?</p> <p>A. Sim B. Não</p> <p>57. Qual tipo de atendimento você utilizou?</p> <p>A. Particular B. SUS C. Plano de saúde ou convênio D. Não sei</p> <p>O atendimento tinha sido marcado com antecedência?</p> <p>A. Sim B. Não</p> <p>58. Quanto tempo demorou para você ser atendido?</p> <p>A. Menos de 1 mês B. 1 a 2 meses C. 3 a 5 meses D. 6 meses ou mais</p> <p>59. Há quanto tempo você foi ao dentista pela última vez?</p> <p>A. Menos de 1 ano B. 1 a 2 anos C. 3 anos ou mais D. Nunca foi ao dentista</p>

CONSUMO DE ÁLCOOL E USO DE OUTRAS DROGAS

- As questões seguintes perguntam sobre ingestão de bebidas alcoólicas.
- Uma dose de bebida alcoólica corresponde a uma lata de cerveja, uma taça de vinho, uma dose de cachaça, vodka, rum, batida, etc.

60. Nos últimos 30 dias, em quantos dias você consumiu pelo menos uma dose de bebida contendo álcool?

- A. Eu nunca bebi álcool
- B. 0 dias
- C. 1 ou 2 dias
- D. 3 a 5 dias
- E. 6 a 9 dias
- F. 10 a 19 dias
- G. 20 a 29 dias
- H. Todos os 30 dias

Se você nunca BEBEU, vá para a questão 67

61. Quantos anos você tinha quando tomou bebida alcoólica pela primeira vez?

- A. Eu nunca consumi bebida alcoólica
- B. Eu tinha 7 anos ou menos
- C. 8 a 9 anos
- D. 10 a 11 anos
- E. 12 a 13 anos
- F. 14 a 15 anos
- G. 16 a 17 anos
- H. 18 anos ou mais

62. Nos últimos 30 dias, nos dias em que você consumiu bebida alcoólica, quantas doses você usualmente bebeu por dia?

- A. Eu não consumi álcool
- B. Menos que 1 dose
- C. 1 dose
- D. 2 doses
- E. 3 doses
- F. 4 doses
- G. 5 ou mais doses

63. Durante a sua vida, quantas vezes você bebeu tanto que ficou embriagado (bêbado)?

- A. Nenhuma vez
- B. 1 a 2 vezes
- C. 3 a 9 vezes
- D. 10 vezes ou mais

64. Durante os últimos 30 dias, como você conseguiu a bebida que você consumiu?

- A. Eu não consumi bebidas alcoólicas
- B. Eu comprei num bar, num restaurante ou num supermercado
- C. Eu comprei de um vendedor de rua
- D. Eu dei dinheiro a alguém para alguém comprar
- E. Eu consegui com meus amigos
- F. Eu consegui na minha casa
- G. Eu peguei sem permissão
- H. Eu consegui de alguma outra forma
- I. Eu consegui em uma festa

65. Durante a sua vida, quantas vezes você teve ressaca, se sentiu doente, teve problemas com sua família ou amigos, faltou à escola ou se envolveu em brigas devido à ingestão de bebidas alcoólicas?

- A. Nenhuma vez
- B. 1 a 2 vezes
- C. 3 a 9 vezes
- D. 10 vezes ou mais

66. Você já usou drogas?

- A. Sim
- B. Não

Se você nunca usou droga, vá para a questão 72

72

67. Qual(is) droga(s) você usou?

- A. Loló
- B. Cola de sapateiro
- C. Lança Perfume
- D. Maconha
- E. Crack
- F. Cocaína
- G. Outra

68. Quantos anos você tinha quando usou drogas pela primeira vez?

- A. Eu nunca usei drogas
- B. Eu tinha 7 anos ou menos
- C. 8 a 9 anos
- D. 10 a 11 anos
- E. 12 a 13 anos
- F. 14 a 15 anos
- G. 16 a 17 anos
- H. 18 anos ou mais

69. Nos últimos 30 dias, quantas vezes você usou drogas?

- A. Não usei drogas
- B. 1 ou 2 dias
- C. 3 a 5 dias
- D. 6 a 9 dias
- E. 10 a 19 dias
- F. 20 a 29 dias
- G. Todos os dias

70. Durante os últimos 30 dias, como você conseguiu a droga que usou?

- A. Eu não uso drogas
- B. Eu comprei de alguém
- C. Eu dei o dinheiro para alguém comprar
- D. Eu consegui com meus amigos
- E. Eu consegui com meus familiares
- F. Eu peguei sem permissão
- G. Eu consegui de alguma outra forma

HÁBITOS ALIMENTARES

71. Durante os últimos 30 dias, quantas vezes você sentiu fome porque não tinha comida suficiente na sua casa?

- C. Algumas vezes
- D. A maioria das vezes

<p>A. Nunca B. Raramente</p> <p>As questões seguintes são sobre a frequência com que você consome alguns alimentos</p> <p>72. Durante os últimos 30 dias, quantas vezes por dia você comeu frutas, como banana, laranja, abacaxi, goiaba ou outras?</p> <p>A. Eu não comi frutas nos últimos 30 dias B. Menos de 1 vez por dia C. 1 vez por dia D. 2 vezes por dia E. 3 vezes por dia F. 4 vezes por dia G. 5 ou mais vezes por dia</p> <p>73. Durante os últimos 30 dias, quantas vezes por dia você tomou suco natural de frutas?</p> <p>A. Eu não tomei sucos nos últimos 30 dias B. Menos de 1 vez por dia C. 1 vez por dia D. 2 vezes por dia E. 3 vezes por dia F. 4 vezes por dia G. 5 ou mais vezes por dia</p>	<p>E. Sempre</p> <p>74. Durante os últimos 30 dias, quantas vezes por dia, você comeu verduras, como alface, cebola, tomate, pimentão, cenoura, beterraba e outras?</p> <p>A. Eu não comi verduras nos últimos 30 dias B. Menos de 1 vez por dia C. 1 vez por dia D. 2 vezes por dia E. 3 vezes por dia F. 4 vezes por dia G. 5 ou mais vezes por dia</p> <p>75. Durante os últimos 30 dias, quantas vezes por dia você bebeu refrigerantes ou outras bebidas artificiais?</p> <p>A. Eu não bebi refrigerantes nos últimos 30 dias B. Menos de 1 vez por dia C. 1 vez por dia D. 2 vezes por dia E. 3 vezes por dia F. 4 vezes por dia G. 5 ou mais vezes por dia</p> <p>76. Durante os últimos 30 dias, quantas vezes por dia você comeu feijão com arroz?</p> <p>A. Eu não comi feijão com arroz nos últimos 30 dias B. Menos de 1 vez por dia C. 1 vez por dia D. 2 vezes por dia E. 3 vezes por dia F. 4 vezes por dia G. 5 ou mais vezes por dia</p>
---	---

HIGIENE

As questões seguintes são sobre hábitos de higiene pessoal como escovar os dentes e lavar as mãos.

<p>77. Durante os últimos 30 dias, quantas vezes por dia você escovou os dentes?</p> <p>A. Eu não escovei meus dentes nos últimos 30 dias B. Menos de 1 vez por dia C. 1 vez por dia D. 2 vezes por dia E. 3 vezes por dia F. 4 ou mais vezes por dia</p> <p>78. Durante os últimos 30 dias, quantas vezes por dia você lavou as mãos antes de comer?</p> <p>A. Nunca B. Raramente C. Algumas vezes D. A maioria das vezes E. Sempre</p>	<p>79. Durante os últimos 30 dias, quantas vezes por dia você lavou as mãos depois de usar o banheiro?</p> <p>A. Nunca B. Raramente C. Algumas vezes D. A maioria das vezes E. Sempre</p> <p>80. Durante os últimos 30 dias, quantas vezes por dia você usou sabonete ou sabão para lavar as suas mãos?</p> <p>A. Nunca B. Raramente C. Algumas vezes D. A maioria das vezes E. Sempre</p>
--	--

SENTIMENTOS E RELACIONAMENTOS

As questões seguintes são sobre os seus sentimentos e sobre a qualidade dos seus relacionamentos

<p>81. Durante os últimos 12 meses, quantas vezes você se sentiu sozinho?</p> <p>A. Nunca B. Raramente C. Algumas vezes D. A maioria das vezes</p>	<p>A. Nunca B. Raramente C. Algumas vezes D. A maioria das vezes E. Sempre</p> <p>83. Quantos amigos próximos (pessoas com</p>
--	--

<p>E. Sempre</p> <p>82. Durante os últimos 12 meses, com que frequência você esteve tão preocupado com alguma coisa que não conseguiu dormir à noite?</p> <p>D. 3 ou mais</p> <p>As questões seguintes são sobre o seu sono e sua religiosidade.</p> <p>84. Com que frequência você considera que DORME BEM?</p> <p>A. Nunca</p> <p>B. Raramente</p> <p>C. Algumas vezes</p> <p>D. A maioria das vezes</p> <p>E. Sempre</p> <p>85. Em dias de uma semana normal, em média, quantas horas você dorme por dia?</p> <p>A. Menos de 6 horas</p> <p>B. 6 horas</p> <p>C. 7 horas</p> <p>D. 8 horas</p> <p>E. 9 horas</p> <p>F. 10 horas ou mais</p> <p>86. Como você avalia a qualidade do seu sono?</p> <p>A. Ruim</p> <p>B. Regular</p> <p>C. Boa</p> <p>D. Muito Boa</p> <p>E. Excelente</p> <p>87. Em geral, você considera sua saúde geral:</p> <p>A. Ruim</p> <p>B. Regular</p> <p>C. Boa</p> <p>D. Excelente</p>	<p>quem você pode contar se precisar) você tem?</p> <p>A. 0</p> <p>B. 1</p> <p>C. 2</p> <p>88. Qual a sua Religião?</p> <p>A. Não tenho Religião</p> <p>B. Católica</p> <p>C. Evangélica</p> <p>D. Espírita</p> <p>E. Outra _____</p> <p>89. Você se considera praticante da sua religião?</p> <p>A. Sim</p> <p>B. Não</p> <p>90. Como você descreve o nível de estresse em sua vida?</p> <p>A. Raramente estressado</p> <p>B. Às vezes estressado</p> <p>C. Quase sempre estressado</p> <p>D. Sempre estressado</p> <p>91. Baseado em seu conhecimento geral, o que é saúde para você?</p> <p>92. Cite em ordem de valor, 3 fatores (indicadores) que você considera como importantes para se adquirir uma boa saúde?</p> <p>A. _____</p> <p>B. _____</p> <p>C. _____</p>
--	--

ATIVIDADES FÍSICAS

<ul style="list-style-type: none"> As questões seguintes são sobre atividade física. Atividade física é qualquer atividade que provoca um aumento nos seus batimentos cardíacos e na sua frequência respiratória. Atividade física pode ser realizada praticando esportes, fazendo exercícios, trabalhando, realizando tarefas domésticas, dançando, jogando bola com os amigos ou andando a pé ou de bicicleta; Para responder as questões seguintes considere o tempo que você gastou em todas as atividades que realizou. 	
<p>93. Para as pessoas no geral, no mínimo quantos dias da semana você acha que elas devem ser fisicamente ativas para ser bom para a saúde?</p> <p>A. _____ dia(s) por semana</p> <p>B. Não importa a frequência</p> <p>C. Exercício é ou pode fazer mal</p> <p>D. Não sei</p> <p>94. Em cada um dos dias que alguém faz alguma atividade física, no mínimo por quanto tempo deve fazer para ser bom para a saúde?</p> <p>A. _____ (min/dia)</p> <p>95. Toda essa atividade física diária deve ser feita em uma sessão ou pode ser dividido em períodos curtos?</p> <p>A. Somente uma sessão</p> <p>B. Não importa</p> <p>C. Somente curtos períodos</p> <p>D. Não sei</p> <p>96. Se alguém está fazendo atividade física para melhorar a saúde, qual das seguintes afirmações</p>	<p>C. Deve fazer a pessoa se sentir ligeiramente aquecida e respirando com mais dificuldade que o normal</p> <p>D. Não deve fazer a pessoa respirar mais difícil do normal</p> <p>E. Não sei</p> <p>97. Assinale SOMENTE UMA das alternativas abaixo que melhor represente o que você faz em relação à realização de atividade física:</p> <p>A. Eu não faço atividade física e não tenho intenção em começar.</p> <p>B. Eu não faço atividade física, mas estou pensando em começar.</p> <p>C. Eu faço atividade física algumas vezes, mas não regularmente.</p> <p>D. Eu faço atividade física regularmente, mas iniciei nos últimos 6 meses.</p> <p>E. Eu faço atividade física regularmente há mais de 6 meses.</p>

<p>descreve melhor quanto esforço ela precisa fazer?</p> <p>A. Deve deixar a pessoa se sentir exausta</p> <p>B. Deve fazer a pessoa se sentir sem fôlego e suada</p> <p>Obs. Se você assinalou o item F escolha mais uma das alternativas entre A e E</p> <p>98. Durante os últimos 7 dias, quantos dias você foi fisicamente ativo por um total de pelo menos 60 minutos por dia?</p> <p>A. 0 dia</p> <p>B. 1 dia</p> <p>C. 2 dias</p> <p>D. 3 dias</p> <p>E. 4 dias</p> <p>F. 5 dias</p> <p>G. 6 dias</p> <p>H. 7 dias</p> <p>99. Durante uma semana típica ou normal, em quantos dias você é fisicamente ativo por um total de pelo menos 60 minutos ao dia?</p> <p>A. 0 dia</p> <p>B. 1 dia</p> <p>C. 2 dias</p> <p>D. 3 dias</p> <p>E. 4 dias</p> <p>F. 5 dias</p> <p>G. 6 dias</p> <p>H. 7 dias</p> <p>100. Durante uma semana típica ou normal, em quantas aulas de Educação Física você participa?</p> <p>A. 0 dia</p> <p>B. 1 dia</p> <p>C. 2 dias</p> <p>D. 3 ou mais</p> <p>Você realiza, regularmente, algum tipo de atividade física no seu tempo livre, como exercícios, esportes, danças ou artes marciais?</p> <p>A. Sim</p> <p>B. Não</p> <p>101. "Eu gosto de fazer atividades físicas"! O que você diria desta afirmação:</p> <p>A. Discordo totalmente</p> <p>B. Discordo em parte</p> <p>C. Nem concordo, nem discordo</p> <p>D. Concordo em parte</p> <p>E. Concordo totalmente</p> <p>102. Considera-se fisicamente ativo o jovem que acumula pelo menos 60 minutos diários de atividades físicas em 5 ou mais dias da semana. Em relação aos seus hábitos de prática de atividades físicas, você diria que:</p> <p>A. Sou fisicamente ativo há mais de 6 meses</p> <p>B. Sou fisicamente ativo há menos de 6 meses</p> <p>C. Não sou, mas pretendo me tornar fisicamente ativo nos próximos 30 dias</p> <p>D. Não sou, mas pretendo me tornar fisicamente ativo nos próximos 6 meses</p> <p>E. Não sou, e não pretendo me tornar fisicamente ativo nos próximos 6 meses</p>	<p>F. Eu fazia atividade física até há 6 meses, mas agora não.</p> <p>103. Qual a atividade de lazer de sua preferência?</p> <p>A. Praticar esportes</p> <p>B. Fazer exercícios</p> <p>C. Nadar</p> <p>D. Pedalar</p> <p>E. Jogar dominó ou cartas</p> <p>F. Assistir TV</p> <p>G. Jogar videogame</p> <p>H. Usar o computador</p> <p>I. Conversar com os amigos</p> <p>J. Outras atividades _____</p> <p>A questão seguinte é sobre o tempo que você fica sentado quando não está na escola ou fazendo trabalhos domésticos.</p> <p>104. Em um dia normal (típico), quanto tempo você gasta sentado, assistindo televisão, jogando no computador, conversando com amigos, jogando cartas ou dominó?</p> <p>A. Menos de 1 hora por dia</p> <p>B. 1 a 2 horas por dia</p> <p>C. 3 a 4 horas por dia</p> <p>D. 5 a 6 horas por dia</p> <p>E. 7 a 8 horas por dia</p> <p>F. Mais do que 8 horas por dia</p> <p>105. Nos dias de aula (segunda a sexta-feira), quantas horas por dia você passa assistindo TV?</p> <p>A. Eu não assisto TV em dias da semana</p> <p>B. < 1 hora por dia</p> <p>C. 1 hora por dia</p> <p>D. 2 horas por dia</p> <p>E. 3 horas por dia</p> <p>F. 4 horas por dia</p> <p>G. 5 ou mais horas por dia</p> <p>106. Nos finais de semana (sábado e domingo), quantas horas por dia você passa assistindo TV?</p> <p>A. Eu não assisto TV em dias de final de semana</p> <p>B. < 1 hora por dia</p> <p>C. 1 hora por dia</p> <p>D. 2 horas por dia</p> <p>E. 3 horas por dia</p> <p>F. 4 horas por dia</p> <p>G. 5 ou mais horas por dia</p> <p>As questões seguintes são sobre o modo como você se desloca para ir de casa para escola e da escola para sua casa.</p> <p>107. Durante os últimos 7 dias, em quantos dias você andou a pé ou de bicicleta para ir e voltar da escola?</p> <p>A. 0 dia</p> <p>B. 1 dia</p> <p>C. 2 dias</p> <p>D. 3 dias</p> <p>E. 4 dias</p> <p>F. 5 dias</p> <p>G. 6 dias</p>
--	--

<p>A. Menos de 10 minutos por dia B. 10 a 19 minutos por dia C. 20 a 29 minutos por dia D. 30 a 39 minutos por dia E. 40 a 49 minutos por dia F. 50 a 59 minutos por dia G. 60 minutos ou mais por dia</p> <p>109. Cite três atividades que você mais gosta nas aulas de Educação Física:</p> <p>A. _____ B. _____ C. _____</p>	<p>H. 7 dias</p> <p>108. Durante os últimos 7 dias, quanto tempo em média você gastou para ir de casa para escola e voltar até a sua casa (some o tempo que você leva para ir e para voltar)?</p> <p>110. Cite três atividades que você menos gosta nas aulas de Educação Física:</p> <p>A. _____ B. _____ C. _____</p> <p>111. Cite três atividades que você realiza no seu tempo livre (lazer):</p> <p>A. _____ B. _____ C. _____</p>
--	--

SEUS COMPORTAMENTOS NA ESCOLA E CASA

- As questões seguintes são sobre suas experiências na escola e em casa.

<p>112. Durante os últimos 30 dias, em quantos dias você perdeu aula ou deixou de ir à escola sem permissão de alguém?</p> <p>A. 0 dia B. 1 a 2 dias C. 3 a 5 dias D. 6 a 9 dias E. 10 ou mais dias</p> <p>113. Durante os últimos 30 dias, com que frequência você percebeu que a maioria dos estudantes da sua escola estava sendo gentis e colaboradores com você?</p> <p>A. Nunca B. Raramente C. Algumas vezes D. A maioria das vezes E. Sempre</p> <p>114. Durante os últimos 30 dias, com que frequência seus pais ou responsáveis verificaram se as suas tarefas escolares estavam feitas?</p> <p>A. Nunca B. Raramente C. Algumas vezes</p>	<p>D. A maioria das vezes E. Sempre</p> <p>115. De uma maneira geral, você diria que gosta do tempo que passa na escola?</p> <p>A. Sim B. Não</p> <p>116. Durante os últimos 30 dias, com que frequência seus pais ou responsáveis entenderam seus problemas e preocupações?</p> <p>A. Nunca B. Raramente C. Algumas vezes D. A maioria das vezes E. Sempre</p> <p>117. Durante os últimos 30 dias, quantas vezes seus pais ou responsáveis realmente sabiam o que você estava fazendo no seu tempo livre?</p> <p>A. Nunca B. Raramente C. Algumas vezes D. A maioria das vezes E. Sempre</p>
--	---

TABAGISMO: As questões seguintes são sobre o uso de cigarros ou outro tipo de tabaco

<p>118. Quantos anos você tinha quando experimentou cigarro pela primeira vez?</p> <p>A. Eu nunca fumei cigarros B. 7 anos ou menos C. 8 ou 9 anos D. 10 ou 11 anos E. 12 ou 13 anos F. 14 ou 15 anos G. 16 anos ou mais velho</p> <p>119. Durante os últimos 30 dias, em quantos dias você fumou cigarros?</p> <p>A. 0 dia (nenhum dia) B. 1 ou 2 dias C. 3 a 5 dias D. 6 a 9 dias E. 10 a 19 dias F. 20 a 29 dias</p>	<p>A. 0 dia (nenhum dia) B. 1 ou 2 dias C. 3 a 5 dias D. 6 a 9 dias E. 10 a 19 dias F. 20 a 29 dias G. Todos os 30 dias</p> <p>121. Durante os últimos 12 meses, você já tentou parar de fumar cigarros?</p> <p>A. Eu nunca fumei cigarros B. Eu não fumei cigarro nos últimos 12 meses C. Sim D. Não</p> <p>122. Durante os últimos 30 dias, em quantos dias alguém fumou na sua presença?</p> <p>A. 0 dia (nenhum dia)</p>
--	---

<p>120. Durante os últimos 30 dias, em quantos dias você usou qualquer outra forma de tabaco, como cigarro de palha, cachimbo ou cigarro de fumo de rolo?</p> <p>23. Qual dos seus pais ou responsáveis usam alguma forma de tabaco?</p> <p>A. Nenhum</p> <p>B. Pai ou responsável</p>	<p>B. 1 ou 2 dias</p> <p>C. 3 a 5 dias</p> <p>D. 6 a 9 dias</p> <p>E. 10 a 19 dias</p> <p>F. 20 a 29 dias</p> <p>G. Todos os 30 dias</p> <p>C. Mãe ou responsável</p> <p>D. Os dois</p> <p>E. Eu não sei</p>
<p style="text-align: center;">VIOLÊNCIA</p> <p>As próximas questões são sobre violência física. Violência física é quando uma ou mais pessoas batem em alguém ou quando uma ou mais pessoas machucam outra pessoa com arma (pau, faca ou revólver). Não é considerada violência física quando dois estudantes de mesma força decidem brigar entre si.</p>	

<p>125. Durante os últimos 12 meses, quantas vezes você sofreu algum tipo de violência física?</p> <p>A. Nenhuma vez B. 1 vez C. 2 ou 3 vezes D. 4 ou 5 vezes E. 6 ou 7 vezes F. 8 ou 9 vezes G. 10 ou 11 vezes H. 12 vezes ou mais</p> <p>126. Durante os últimos 12 meses, quantas vezes você esteve envolvido numa briga?</p> <p>A. Nenhuma vez B. 1 vez C. 2 ou 3 vezes D. 4 ou 5 vezes E. 6 ou 7 vezes F. 8 ou 9 vezes G. 10 ou 11 vezes H. 12 vezes ou mais</p> <p>127. Durante os últimos 12 meses, o que você fazia quando aconteceu com você um dano grave?</p> <p>A. Eu não sofri nenhum machucado durante os últimos 12 meses B. Jogando ou treinando para um esporte C. Andando ou correndo, mas não era parte de um jogo ou treino para um esporte D. Andando ou correndo, mas não era parte de um jogo ou treino para um esporte E. Andando de bicicleta, a pé ou em outra específica forma de transporte não-motorizado F. Dirigindo um carro ou outro veículo motor G. Andando ou correndo, mas não era parte de um jogo ou treino para um esporte H. Nada I. Alguma outra coisa</p> <p>128. Durante os últimos 12 meses, qual foi a principal causa do dano grave ocorrido com você?</p> <p>A. Eu não sofri nenhum machucado durante os últimos 12 meses B. machucado por um veículo Eu estava num acidente com veículo motor ou fui motor C. Eu caí D. Alguma coisa caiu em mim ou bateu em mim E. Eu estava brigando com alguém F. Eu fui atacado, agredido ou abusado por alguém G. Eu estava dentro de fogo ou muito perto de chama ou alguma coisa quente</p>	<p>H. Alguma outra coisa causou meu ferimento</p> <p>129. Durante os últimos 12 meses, como foi que ocorreu o dano mais sério com você?</p> <p>A. Eu não sofri nenhum machucado durante os últimos 12 meses B. Eu me machuquei por acidente C. Alguém me machucou por acidente D. Eu me machuquei por propósito E. Alguém me machucou de propósito</p> <p>130. Durante os últimos 12 meses, qual foi o dano mais sério ocorrido com você?</p> <p>A. Eu não sofri nenhum machucado durante os últimos 12 meses B. Eu tivesse osso quebrado ou uma articulação deslocada C. Eu tive um corte ou uma perfuração D. Eu tive uma convulsão, ou outro dano na cabeça ou pescoço, eu estive desmaiado, ou não pude respirar E. Eu tive um ferimento de tiro F. Eu tive uma queimadura séria G. Eu perdi todo ou parte do meu pé, perna, mão ou braço. H. Alguma outra coisa aconteceu comigo</p> <p>• A próxima pergunta é sobre “bullying”. O bullying ocorre quando um estudante diz ou faz coisas ruins ou desagradáveis para outro estudante. Também é considerado bullying quando um estudante é humilhado ou quando ele é isolado propositalmente. Não é bullying quando dois estudantes que têm aproximadamente a mesma força ou resistência discutem ou brigam.</p> <p>131. Durante os últimos 30 dias, de que maneira você geralmente sofreu bullying?</p> <p>A. Eu não sofri bullying nos últimos 30 dias B. Eu fui atacado, chutado, empurrado ou trancado em algum lugar contra a minha vontade C. Eu fui ridicularizado por causa da cor da minha pele D. Eu fui ridicularizado por causa da minha religião E. Eu fui ridicularizado com brincadeiras, comentários ou gestos sexuais F. Eu fui isolado, deixado de fora de atividades ou completamente ignorado G. Eu fui ridicularizado por causa da aparência do meu corpo ou do meu rosto H. Eu sofri alguma outra forma de bullying</p> <p>Obrigado pela sua colaboração!</p>
---	--